



100 سؤال وجواب

حول

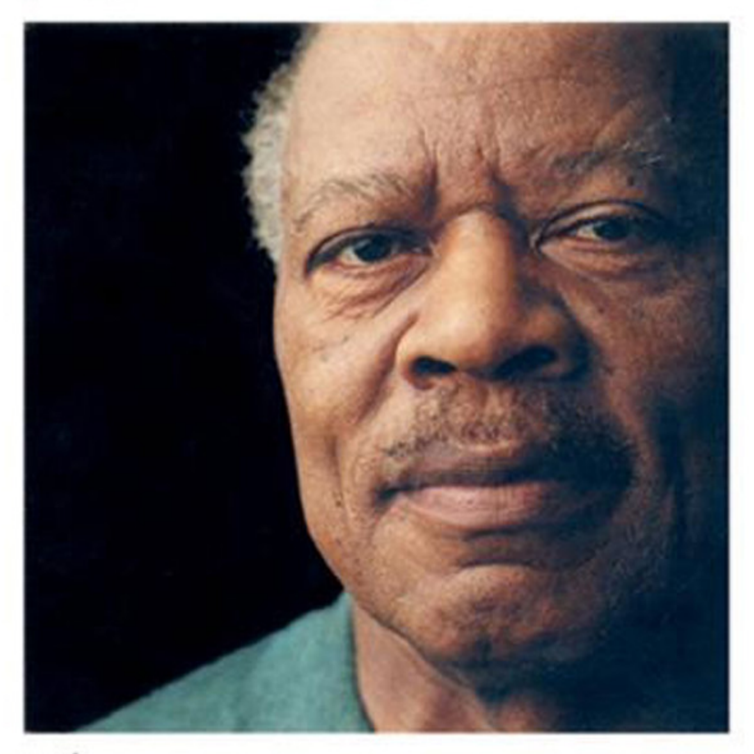
سرطان القولون والمُستقيم

ما هو سرطان القولون والمستقيم؟

ما هي أسباب سرطان القولون والمستقيم؟

ما هي الخيارات المتاحة لمعالجة سرطان القولون والمستقيم؟

كيف أتصرف إزاء تشخيص مرضي؟

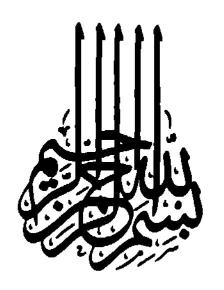


تأليف:
د. دافيد س. بوب
سوزانا روز
د. و. دوغلاس ونغ

مئـة سؤال وجـواب

حـــول

سرطان القولون والمستقيم



يضم هذا الكتاب ترجمة الأصل الانكليزي

100 Questions & Answers about
COLORECTAL CANCER

حقوق الترجمة العربية مرخص بها قانونياً من الناشر

Jones and Bartlett Publishers

بمقتضى الاتفاق الخطي الموقّع بينه وبين الدار العربية للعلوم

Copyright © 2004 by
Jones and Bartlett Publishers

Arabic Copyright © 2004 by Arab Scientific Publishers

مئة سؤال وجواب

حول

سرطان القولون والمستقيم

تأليف

د. دافيد س. بوب　　سوزانا روز　　د. و. دوغلاس ونغ

ترجمة

مركز التعريب والبرمجة



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

يمنع نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب بـأي وسـيلة تصويرية أو الكترونية أو مكانيكية بما فيه التسجيل الفوتـوغرافي. والتسجيل على أشرطة أو اقراص قرائية أو أي وسيلة نشر أخرى أو حفظ المعلومات، واسترجاعها دون إذن خطي مـن الناشـر

ISBN 9953-29-363-5

الطبعة الأولى

1424 هـ - 2004 م

جميع الحقوق محفوظة للناشر



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

عين التينة، شارع ساقية الجنزير، بناية الريم
هاتف: 860138 - 785108 - 785107 (1-961)
فاكس: 786230 (1-961) ص.ب: 5574-13 - بيروت - لبنان
البريد الإلكتروني: asp@asp.com.lb
الموقع على شبكة الإنترنت: http://www.asp.com.lb

الترجمة: مركز التعريب والبرمجة، بيروت - هاتف 811373 (9611)
التنضيد وفرز الألوان: أبجد غرافيكس، بيروت - هاتف 785107 (9611)
الطباعة: مطبعة المتوسط، بيروت - هاتف 811385 (9611)

المحتويات

القسم الأول: الأساسيات

القسم الثاني: المخاطر والوقاية

القسم الثالث: الفحص والتشخيص

القسم الرابع: المعالجة

القسم الخامس: التغييرات التي يفرضها السرطان

مقدمة

لماذا يجب علينا الحديث عن سرطان القولون والمستقيم؟

نحن معرضون دائماً لسماع قصص عن سرطان القولون والمستقيم. كما نسمع عن شخصيات مشهورة ورياضيين مصابين بسرطان القولون والمستقيم. في وسائل الإعلام نسمع عن التقدم في الوسائل الجراحية وتطورات في العلاج الكيميائي. وأخيراً فإن لدينا أصدقاء وأقارب لديهم سليلة القولون أو سرطان القولون. هذا يرجع إلى حقيقة كون سرطان القولون والمستقيم مرضاً شائعاً؛ في العام 2000 كان عدد المصابين بسرطان القولون حوالى 98,200 بالإضافة إلى 37,200 مريضاً يعانون من سرطان المستقيم وذلك في أمريكا وحدها. إنه السرطان الأكثر انتشاراً فيما يتعلق بالقناة المعدية المعوية في الولايات المتحدة، ويأتي ثالثاً بين كل أنواع السرطان، ويحتل المرتبة الثانية في عدد إصابات السرطان القاتلة. فقط سرطان الرئة والبروستات هما الأكثر شيوعاً منه بين الرجال، وفقط سرطان الثدي والرئة هما الأكثر شيوعاً منه بين النساء. وبالرغم من أن أعداد الحالات الجديدة تتفاوت حسب المجموعات العرقية، فإن سرطان القولون والمستقيم يصيب بالتساوي تقريباً الرجال والنساء.

اعتماداً على هذه الإحصائيات قد يجادل البعض بأنه يجب علينا الحديث عن سرطان القولون والمستقيم بسبب كثرة انتشاره فقط. لكن النقطة الأساسية، عموماً، هي أن سرطان القولون والمستقيم مرض يمكن تجنبه. إننا نعرف الآن أن كل حالات سرطان القولون والمستقيم تقريباً تتطور من سليلات حميدة تكون موجودة سابقاً، ونعلم أيضاً أنه بفضل الفحص المناسب، يمكن التعرف على السليلات الحميدة واستئصالها، وهكذا يمنع السرطان من الانتشار. وأكثر من ذلك فإن التعرف المبكر على أنواع السرطانات المختلفة يساعد على شفائها، وأحياناً بدون جراحة!

منذ 1985، فإن كلتا الحالات والوفيات الناتجة عن سرطان القولون هي في تناقص مستمر. في العام 1986، 62% من المرضى الذين تم تشخيصهم كمصابين بسرطان القولون والمستقيم قد تعافوا، وهذا يعني تحسناً ملموساً عن نسبة 46% من الذين تم شفاؤهم عام 1973 (حوالي 50% تقدماً!). هذا بسبب أن الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم يسمح بالشفاء بنسبة 90% وأكثر. بالرغم من معرفة أن كشف وإزالة السليلات الحميدة بواسطة الفحص الروتيني بإمكانه منع سرطان القولون وأن سرطان القولون والمستقيم المكتشف مبكراً يمكن شفاؤه، نجد أن أقل من ثلث سكان الولايات المتحدة المعرضين للإصابة يخضعون لاختبارات مسحية.

في هذا الكتاب، نأمل الإجابة على معظم الأسئلة التي نسمعها خلال عملنا في العيادة مع أشخاص مصابين بسرطان القولون والمستقيم والذين يشرفون على معالجتهم. السرطان هو مرض مرعب ولا يشكل موضوعاً رائجاً للمحادثة. وهناك الجانب الإحساسي للقولون والمستقيم - لنواجه ذلك، أمعاء شخص ما هي مسألة حساسة ولا تشكل موضوعاً مريحاً بل هي عامل مثير للاشمئزاز، وهذا يوضح لماذا يستبعد هذا الموضوع من المناقشة. نحن نأمل أن نصحح بعض المفاهيم الخاطئة والشائعة المتعلقة بسرطان القولون ونستكشف عدة عوامل تساعد في تحديد الضرورة للجوء إلى الجراحة. وأخيراً، نأمل بأن قراءة هذا الكتاب سوف تساعدك على مواجهة التغيرات الحياتية التي يفرضها السرطان مع توفير عزيمة إضافية في مواجهتك مع هذا المرض.

د. ديفيد بوب، سوزانا روز، د. و. ونغ

القسم الأول

الأساسيات

ما هو القولون؟ كيف يعمل

ما هو المستقيم؟ لماذا يختلف عن القولون؟

ما هو السرطان؟

والمزيد...

1. ما هو القولون؟ كيف يعمل؟

كي تحصل على فهم عميق لما يحدث في حالة سرطان القولون والمستقيم، علينا أن نبدأ بدرس أساسي في تشريح وعمل المعى الغليظ. إن القناة المعدية المعوية تحتوي على الأجهزة التي تهضم الطعام الذي نأكل. من الفم يمر الطعام بالتتابع خلال المريء (الأنبوب العضلي الذي يصل الفم بالمعدة)، ثم المعدة، المعى الدقيق، وأخيراً المعى الغليظ. كل عضو في هذه السلسلة له وظيفة متخصصة في عملية الهضم. المعدة تخزن الطعام، تحركه بعنف، وتبدأ بهضمه بواسطة الأنزيمات وحامض الهيدروكلوريك المركَز. إن المعى الدقيق، والذي يدعى أحياناً المعى الصغير، يستفيد من طوله الكبير ليمتص الدهون، البروتينات، والكاربوهيدرات. أما الفضلات الباقية فتدخل المعى الغليظ، والذي يتألف من القولون والمستقيم. في المعى الغليظ يتم امتصاص الماء، وهكذا يمنع التجفاف. إن القولون فعّال جداً في وظيفته، ولهذا فإن نسبة صغيرة فقط من المياه تترك الجسم مع البراز (الفضلات الصلبة).

القولون هو أنبوبي الشكل داخل البطن. يبلغ طوله حوالى خمسة أقدام (150 سنتيمتراً) ويمتد في الجهة اليمنى من البطن وحتى اليسار على شكل "U" بالمقلوب. ويتصل المعى الدقيق بالقولون بواسطة جهاز يدعى الصمام اللفائفي الأعوري في القسم الأيمن السفلي من البطن. الزائدة، وهي وصلة بشكل دودة أكثر شهرة في هذا القسم من العضو غير

القناة الهضمية

مجموعة من الأعضاء مهمتها إتمام عملية هضم وامتصاص الطعام الذي نأكله.

المريء

أنبوب عضلي يصل ما بين الفم والمعدة.

المعى الدقيق

عضو أنبوبي الشكل بين المعدة والأمعاء الغليظة. مهمة الأمعاء الدقيقة هي تكسير وامتصاص الطعام الذي نأكله.

المعى الغليظ (القولون والمستقيم)

العضو الأخير في القناة الهضمية. دورها هو امتصاص الماء والمغذيات من ناتج عملية الهضم.

القولون

القولون الجزء من الأمعاء الغليظة الذي يبدأ من الأعور ويكمل حتى نهاية القولون السيني حيث يبدأ المستقيم.

الصمام اللفائفي الأعوري

وصلة بين الأمعاء الدقيقة والغليظة.

المعروف، تبرز من القولون عند وصلة الجهاز اللفائفي الأعوري. بداية من الجهة اليمنى، فإن محتويات المعى الدقيق تتحرك بالتتابع خلال الأجزاء الخمسة للمعى الغليظ، من (1) القولون الأيمن إلى (2) القولون المستعرض، (3) القولون الهابط، (4) القولون السيني (الجيب بشكل "S" من القولون قبل المستقيم)، وأخيراً إلى (5) المستقيم (أنظر شكل 1). إن المدد الدموي للقولون مصدره الأبهر، وهو الشريان الرئيسي الذي يحمل الدم من القلب. شرايين القلب الكبيرة التي تدعى الأوعية المساريقية تخرج من الأبهر وتنتشر لتشكل مجموعة من الأوعية الصغرى تمد بالدم المعى الدقيق والغليظ. وبسبب وجود الكثير من الوصلات بين هذه الأوعية، فإن تدفق الدم يظل كافياً حتى في حالة انسداد أو إزالة أحدها خلال الجراحة. في داخل الدهون (المساريقية) حول هذه الأوعية توجد العقد الليمفاوية التي تشكل تصريفاً للقولون؛ هذه العقد الليمفاوية هي جزء من جهازك المناعي ويمكنها أن تكون ذات أهمية كبيرة في محاربة سرطان القولون (أنظر سؤال 7).

القولون السيني

أنشوطة من القولون بشكل "S" قبل المستقيم.

المستقيم

تركيب يشبه الكيس ضمن الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة يخزن فضلات البراز قبل عملية التبرز.

الأبهر

الشريان الرئيسي بين الأوعية الدموية يبرز من القلب.

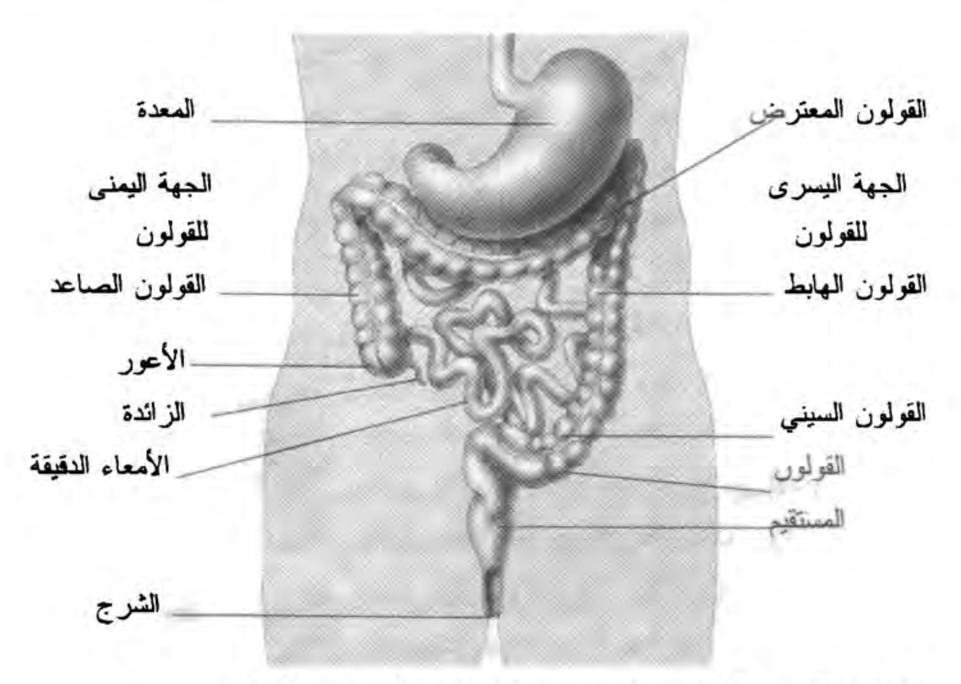
الأوعية المساريقية

الأوعية الدموية التي تغذي الأمعاء الغليظة والدقيقة. الأقنية الليمفاوية التي تصرّف القولون والمستقيم هي مجاورة لهذه الأوعية.

المساريقا

الأنسجة الدهنية المحيطة بالأوعية الدموية التي تغذي القولون.

عند هذا الحد لعلك تتساءل إلى أين يفضي درس التشريح هذا؛ ألا يكفي أن يكون معلوماً بأن هناك ورماً في القولون وينبغي استئصاله؟ الجواب بسيط: سرطان القولون يتميز بمكانه داخل القولون، والجراحة اللازمة لإزالته تختلف حسب الجزء المصاب من القولون. إنك لا تعرف نوعية الجراحة اللازمة (أو إمكانية النجاح، أو المضاعفات المحتملة للجراحة) حتى تعرف موقع الإصابة (أنظر سؤال 36). وأكثر من ذلك، إن مدى اختراق السرطان لطبقات القولون المختلفة يؤثر في نهاية المرض



شكل 1: تشريح القولون. (المصدر: المعهد الوطني للسرطان).

العقد الليمفاوية
تراكيب صغيرة بشكل حبة البازيلاء التي تصفي السوائل المعوية من البكتيريا، السموم، والسرطان.

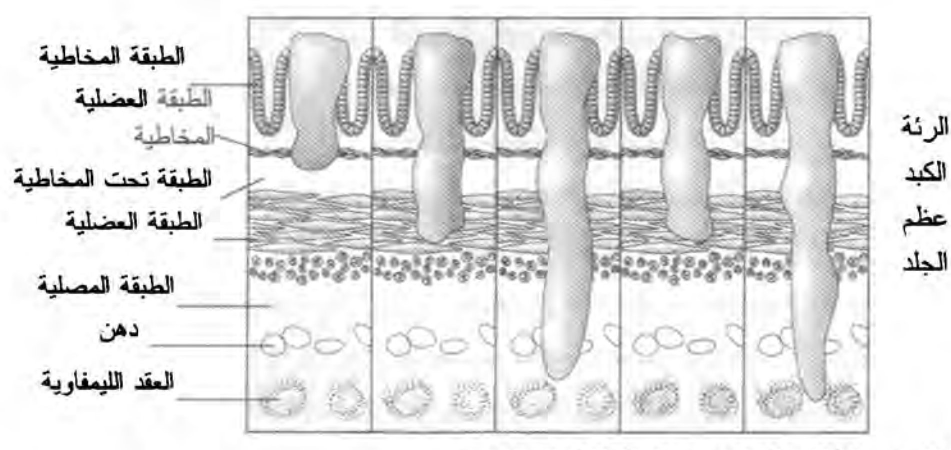
وإمكانية حدوث المرحلة الثانية من السرطان (تدعى المعاودة). وهكذا فإنه من المهم جداً أن تفهم كل التفاصيل إن كنت تريد أن تهتم بصحتك على المدى الطويل. استناداً إلى ذلك لنكمل استكشافنا للقولون.

الطبقة المخاطية
بطانة غشاء رطبة داخل القولون تحتوي على غدد صغيرة تفرز المادة المخاطية.

للقولون أربع طبقات: (1) الطبقة المخاطية، (2) الطبقة تحت المخاطية، (3) الطبقة العضلية، و(4) الطبقة المصلية (شكل 2). الطبقة المخاطية هي الطبقة الداخلية للقولون وتحتوي على الخلايا الغدية التي تمتص الماء وتفرز المخاط إلى التجويف، وهو ببساطة المنطقة المجوفة داخل القولون. الطبقة المخاطية لماعة، ورطبة، تماماً كداخل فمك.

التجويف
المساحة داخل عضو مجوف.

النقائل البعيدة	خلال الجدار المعوي: نقائل العقد الليمفاوية	ليس من خلال الجدار المعوي: نقائل العقد الليمفاوية	خلال الجدار المعوي	ليس من خلال الجدار المعوي	ليس أعمق من الطبقة تحت المخاطية	امتداد الورم



شكل 2: طبقات القولون، يلاحظ اختراق الورم

سليلة
نمو مخاطي شاذ.

الورم
نمو شاذ للنسيج.

من ملايين الخلايا هذه التي تبطن داخل القولون يبرز النمو النسيجي اللاسوي مثل السليلات (أنظر سؤال 5) والأورام. تقع الطبقة تحت المخاطية الليفية تحت الطبقة المخاطية وتحتوي على أوعية الدم الدقيقة والأقنية الليمفاوية التي تغذي القولون. تأتي بعدها الطبقات العضلية للقولون؛ ووظيفتها أن تدفع محتويات القولون باتجاه المستقيم. أخيراً، الطبقة الخارجية النسيجية وتدعى الطبقة المصلية.

2. ما هو المستقيم؟ ولماذا يختلف عن القولون؟

المستقيم
تركيب يشبه الكيس ضمن الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة يخزن فضلات البراز قبل عملية التبرز.

في الـ 15 سنتيمتراً الأخيرة من المعى الغليظ، تتشعب الأربطة العضلية للقولون وتؤلف جيباً يدعى المستقيم (شكل 3). بالرغم من أن الوظيفة الأساسية للقولون هي إعادة امتصاص الماء، فإن المستقيم يعمل

القناة الشرجية

نهاية القناة الهضمية حيث المستقيم محاط بعضلات المصرة الشرجية.

المصرة الشرجية

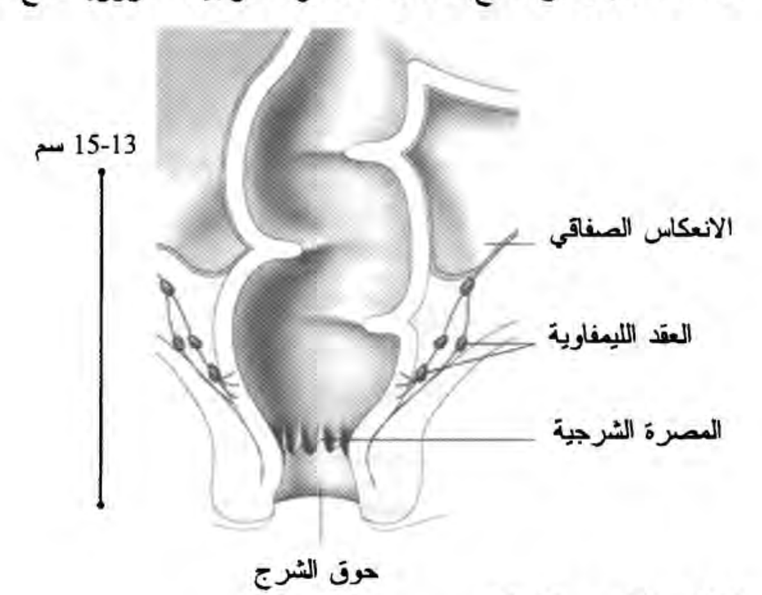
رباط عضلي يمكننا من الحفاظ على احتباس البراز.

كخزان مصمم ليتمدد ويحتفظ بالبراز قبل التخلص منه. يتم إفراغ المستقيم من خلال فتحة تسمى القناة الشرجية. في القناة الشرجية تتكاثف الطبقات العضلية للمستقيم لتشكل شريطاً نسيجياً دائرياً يدعى المصرة الشرجية. تقوم عضلات المصرة الشرجية، بمساعدة خزان المستقيم، بالاحتفاظ بالبراز حتى يتم التغوط (تحريك نهايات الأمعاء) بالوقت المناسب. بالرغم من أن القناة الشرجية يتراوح طولها بين 2 و3 سم، فإن العضلات التي بداخلها لها أهمية قصوى كي نتمكن من القيام بنشاطاتنا اليومية.

التغوط

عملية تحريك أمعاء الشخص.

إضافة إلى ذلك، تقدم مجموعة معقدة من الأعصاب معلومات حسية متواصلة من المستقيم، تساعدنا على التمييز بين الغازات، البراز السائل، والبراز الصلب. المنعكسات من المستقيم تدلنا متى نحتاج لتحريك نهايات أمعائنا، وهذه المنعكسات، بالاشتراك مع عضلات المصرة الشرجية، ضرورية لمنع السلس.



شكل 3: تشريح المستقيم

3. ما هو السرطان؟

خلية
أصغر وحدة تركيبية في كائن حي.

لا شك بأنك تعلم، بأن أجسامنا مؤلفة من أنواع عدة ومتمايزة من الخلايا. كل خلية في أجسامنا لها وظيفة متخصصة، والخلايا السوية تتبع مراحل نمو منضبطة، ولها مدة حياتية محددة، وتبقى ضمن حدود العضو أو الجهاز الذي تنتمي إليه – وهذا يعني، أنك لن تجد خلية رئة سوية في أي مكان عدا الرئتين، أو خلية تنتمي إلى الطبقة المخاطية للقولون في الطبقة تحت المخاطية، لأن الخلايا السوية تبقى حيث تنتمي. كل الخلايا تملك أيضاً عمراً طبيعياً أو دورة خليوية تنمو خلالها، تتكاثر (بالانقسام)، وفي النهاية تموت.

سرطان
نمو فوضوي وخارج التحكم للخلايا.

السرطان هو الاسم الذي نعطيه للحالة التي تفشل فيها بعض الخلايا في أتباع قواعد دورتها الخليوية (أنظر سؤال 4). تصبح الخلايا خالدة وتنمو دون حدود، وتقوم بغزو أجهزة أخرى – وفي بعض الحالات تقوم حتى باختراق الأقنية الليمفاوية المحلية والأوعية الدموية، وهذا يسمح لها بالانتشار إلى أعضاء بعيدة. تطور الخلايا أعشاشاً متباعدة من السرطان في هذه الأعضاء، تدعى نقائل، تنمو باستقلالية وبلا حدود وبإمكانها أن تسبب ضرراً عظيماً.

النقائل
الانتشار البعيد للسرطان من عضوها الأصلي.

ورم غدّي سرطاني
ورم سرطاني ينشأ من الخلايا الغديّة.

ينشأ سرطان القولون والمستقيم من الخلايا الغدية التي تبطِّن الطبقة المخاطية. الأورام السرطانية الناشئة من الخلايا الغدية تسمى السرطانات الغدية. كلما كبر الورم، فإنه يغزو عميقاً في القولون. ثم ينتشر الورم إلى الأوعية الدموية والأقنية الليمفاوية الموجودة في الطبقة تحت المخاطية، حيث تتمكن خلايا الورم من الانتشار في العقد الليمفاوية القريبة أو إلى أعضاء بعيدة أخرى. وكلما غزا الورم عميقاً خلال الجدار القولوني، كان خطر الانتشار لأماكن أبعد أكثر احتمالاً وأصبح التوقع بعاقبة المرض أسوأ (النهاية المتوقعة للمرض).

التكهن
النتيجة المتوقعة للمرض.

4. ما الذي يسبب تحوّل الخلايا السوية إلى سرطانية؟ وكيف تحدث الأخطاء الجينية؟

الكروموسومات

تراكيب خيطية المظهر داخل نواة الخلية تحتوي على التعليمات الجينية لعمل الخلية.

الحامض النووي الريبي المنقوص الأكسجين

كتلة بناء الكروموسومات.

كل فرد يملك 23 زوجاً من الكروموسومات - مجموعة واحدة من كل من الأب والأم - وكل واحدة تخزن كل المعلومات التي تحدد كيف نبدو، ونعمل وننمو. الكروموسومات هي تراكيب تحوي هندسة النمو البشري. كل كروموسوم يحتوي على ألوف التعليمات التي تحدد خواصاً مثل الجنس، لون العيون، وصفات الجسم البشري. تماماً مثل تعليمات مكتوبة في برنامج حاسوبي، فإن معلومات مصيرية تكون مخزنة في DNA (الحامض النووي الريبي المنقوص الأكسجين)، والذي هو كتلة البناء في الكروموسومات. كل خلية في أجسامنا تعتمد على هذه المعلومات لتعرف كيف تنمو، وما هي وظيفتها، وردات فعلها إزاء ظروف معينة.

عندما تنقسم الخلايا، يتوجب على الـ DNA الموجود في الخلية أن ينسخ نفسه حتى تحمل الخلية الجديدة كامل التعليمات. أحياناً، ومهما كان، يحصل خطأ في النسخ؛ هذه الأخطاء تسمى طفرات. يمكن للطفرات أن تؤثر في دورة الخلايا السوية الطبيعية بطريقة تجعل هذه الخلايا مؤذية، أو خبيثة. الخلايا الخبيثة عادة ما يتم التعرف عليها بواسطة الجهاز المناعي ومن ثم يتم القضاء عليها، لكن بعضها يفلت من كشف هذا الجهاز. في هذه الحالات فإن نمو الخلايا يصبح عشوائياً. عندها بإمكان الخلية أن تصبح سرطانية. تطور هذه الخلية القدرة على النمو بدون الحدود الطبيعية، ومهاجمة الأجهزة المجاورة، أو أنها تنتشر إلى الأعضاء الأخرى.

طفرة

خطأ جيني.

خبيث

ورم بإمكانه الغزو والانتشار.

الأخطاء الجينية إما أن تكون موروثة عن والدينا، أو أنها تحدث تلقائياً.

الطفرات الوراثية
أخطاء في الشيفرة الوراثية المنتقلة بين أعضاء العائلة.

الأخطاء الجينية الوراثية تسمى الطفرات المتتابعة، أما الأخطاء المستجدة في الـ DNA تسمى الطفرات الفُرادية.

طفرات فرادية
أخطاء جينية تحدث عشوائياً وليست عيباً وراثياً.

هناك موادٌ معينة تسبب الأخطاء الجينية في الـ DNA مسببة السرطان. مثلاً، التعرض لأشعة الشمس هو سبب أساسي لسرطان الجلد، غازات الأسبستوس والرادون يسببان سرطان الرئة، ومواد كيميائية سامة كالبنزين تساعد على حدوث سرطانات أخرى عديدة. مثل هذه المواد هي مسرطنة، بمعنى أنه بإمكانها التسبب بالسرطان. تعطينا المسرطنات نموذجاً على الدور الذي تلعبه البيئة في تطور السرطانات الفُرادية.

مكوّن سرطاني
له القدرة على التسبب بسرطان.

الأخطاء المتتابعة في الـ DNA تنتقل من جيل إلى جيل وبإمكانها التسبب بالأشكال الوراثية للسرطان. إن وجود سجلّ عائلي إيجابي هو عامل مخاطرة مهم لسرطان القولون، لأن أخطاءً جينية مماثلة تمرر من الوالد إلى الابن.

5. ما هي سليلة القولون؟

السليلة هي أي نمو غير سوي يبرز من السطح المخاطي. السليلات غير محصورة في الطبقة المخاطية للقولون، ولكن مثلاً، يمكن أن توجد على بطانة الأنف، والمعدة، والمعى الدقيق. السليلات يمكنها أن تكون لاعنقية (مسطحة) أو عنقية (على جذع) (شكل 4).

سليلة لا عنقية
سليلة مفلطحة المظهر.

6. هل لدى كل السليلات الفرصة نفسها لتكون محتوية على سرطان عدواني؟

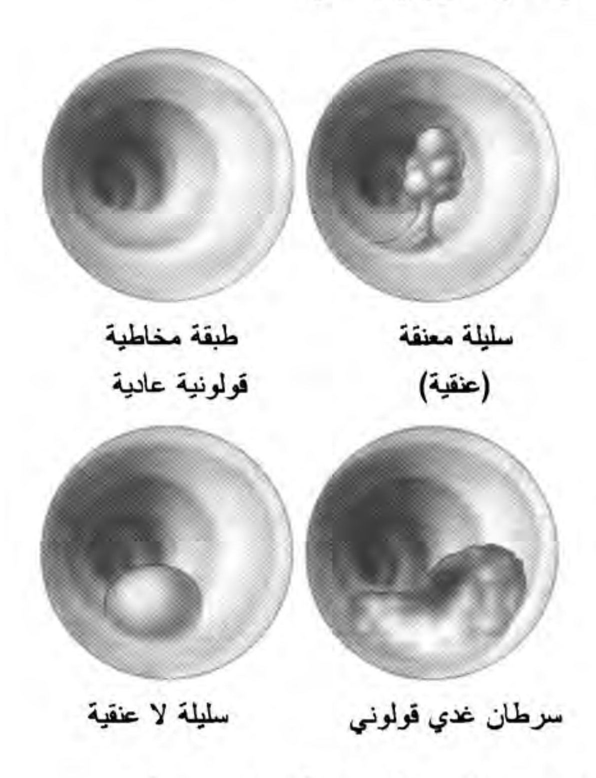
سليلة معلقة
سليلة تنمو على ساق.

معظم السليلات هي من النوع الحميد، وهذا يعني أنها غير سرطانية. السليلات القولونية الحميدة

حميدة

ورم يفتقر إلى القدرة على الغزو أو الانتشار.

هي ببساطة نمو كبير للأنسجة. لـيس لكـل أنـواع السليلات الحميدة دوافع لتصبح سـرطاناً. سـليلات القولون الحميدة هي مجرد نمو كبير لأنسجة القولون التي ليس لها القدرة على الغزو والانتشار.



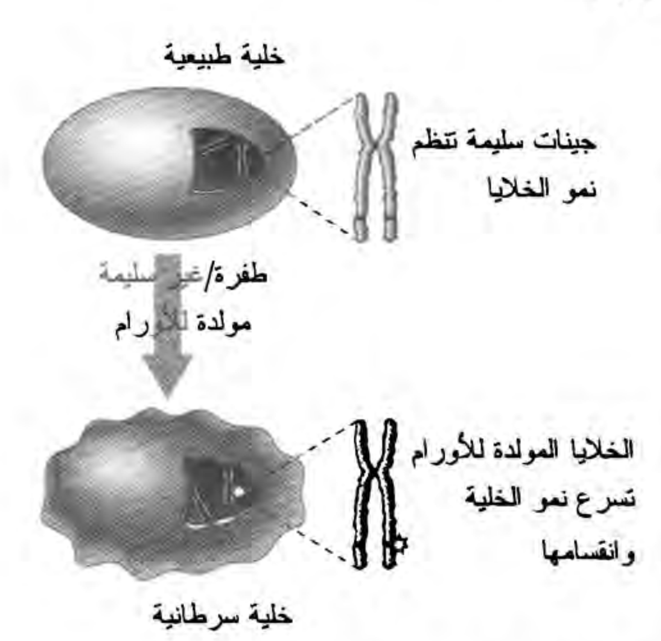
شكل 4: السليلات الورمية: معنقة (عنقية) ولا - عنقية

السليلات الغدية، من جهة أخرى، هي سليلات ورمية، وهذا يعني أن بإمكانها أن تصبح سرطانية إن لم تستأصل. إنها مؤلفة من غدد مخاطيـة قولونيـة وهـي متميزة بشكلها المجهري. تتألف الأورام الغدية الأنبوبية من غـدد مسـطحة فـي الطبقة المخاطية، بينما الأورام الغدية الزغبية لها نتوءات بشـكل أصـابع داخـل التجويف القولوني.

السليلات الغدية مهمة لأنها نمو ما قبل الخبيث، وهذا يعني أنه مـع الـزمن،

> **تسلسل ورمي سرطاني غدي**
> العملية التي بواسطتها يتحول الورم الغدي إلى سرطان.

تكبر أكثر ومن الممكن أن تتحول إلى ســـرطانات. ومهما يكن، لا تصبح كل الأورام الغدية ســـرطانية. هذا التطور من ورم غدي حميد إلى نمو خبيث (ذلك الذي بإمكانه المهاجمة والانتشـــار) يســـمى تتـــابع سرطانة الورم الغدي. الأنسجة السليمة تتحول إلى سرطان في تتابع محـــدد جيـــداً (شكل 5). هذه العملية لا تستغرق أياماً ولا أسابيع، بل سنوات. وفي الحقيقة فإنـــه عندما يتم تشخيص سرطان القولون من خلال فحص مسحي، فالأرجح أن الســـليلة تكون قد استمرت بالنمو لأكثر من 10 سنوات. خلال هذا التحول مـــن ورم غـــدي إلى سرطان، تحدث تغيرات بخصائص خلايا القولون التي يمكن رؤيتها بواســـطة المجهر.



شكل 5: خلايا سليمة وخلايا مولدة للأورام

نمو خليوي شاذ

وجود نمو خليوي شاذ يتصف بازدحام الخلايا ونوى خلايا غير منتظمة الشكل.

التغيرات المبكرة في السليلات الغدية تسمى خلل التنسُّج. وهذا يعني أن الخلايا لا تتبع نمواً طبيعياً. عندما يكون التغير الخليوي ضئيلاً، مع بقاء التركيب على حاله عموما، فإنه يسمى خلل التنسُّج ذا درجة دنيا. أما خلل التنسُّج ذو الدرجة العليا فإنه يظهر تصرفاً شاذاً كبيراً في الخلايا التي تشمل كل الطبقة المخاطية للقولون. خلل التنسُّج هو أول دليل على الضمور اللاسوي. مهما يكن، هذه السليلات يمكن اعتبارها حميدة لأنها لا تهاجم الجدار القولوني ولا تملك القدرة على الانبثاث (الانتشار خارج الجدار المعوي).

سرطان غدي موضعي

خلايا سرطانية خبيثة تمتد على طول الطريق خلال الطبقة المخاطية القولونية، لكنها لا تغزو الطبقة تحت المخاطية الواقعة تحتها. هذه أبكر مرحلة لما قبل سرطان القولون. هذه الأورام لا يمكنها الانتشار إلى مواضع بعيدة.

خلل التنسُّج ذو الدرجة العليا والذي يكون محصوراً بالطبقة المخاطية يسمى سرطانة موضعية وهي شكل من مقدمة السرطان. ما أن تخترق الخلايا الشاذة الطبقة تحت المخاطية يصبح الورم سرطانة هجومية، وهذا يعني أن لها القدرة على الانتشار إلى المناطق المجاورة والبعيدة؛ إنها سرطان حقيقي.

نسيجي

ظهور مجهري.

السليلات السرطانية يمكننا تمييزها أيضاً بالملامح النسيجية (خصائصها المجهرية)، التي تتكهن مسبقاً بالسلوك الورمي والهجومية. إن التعرف الخاطئ (الورم ذا النمو الشاذ) ومهاجمة الأوعية الليمفاوية (غزو الأقنية الليمفاوية) هما أمثلة على مظاهر متنوعة تشير إلى أورام أكثر هجومية. هذه المعلومات مفيدة لطبيبك لأنها تساعده على تحديد نوع العلاج الذي تحتاج إليه (أنظر سؤال 26).

إن خطورة سليلة محتوية على سرطان تعتمد على شكلها المجهري وحجمها.

تنظير القولون

تنظير داخلي بالفيديو لكامل القولون.

كلما كانت السليلة أكبر، كلما زادت المخاطرة. أيضاً، الورم الغدي الزغبي عنده احتمالات أكبر لاحتوائه سرطاناً من السليلة الأنبوبية. عادة، الطريقة التي تظهر بها السليلة للعين المجردة في تنظير القولون (فحص القولون بواسطة

جهاز مضاء) تساعد طبيبك لمعرفة طبيعة السليلة؛ ومهما يكن، كل السليلات الكبيرة يجب إزالتها لتقييمها بواسطة المجهر، وهذه هي الطريقة الوحيدة للتأكد بثقة ما إذا كانت السليلة سرطانية (أنظر سؤال 28).

7. ما هي العقد الليمفاوية، وما هي علاقتها بسرطان القولون؟

كل الأنسجة في الجسم، سواء في المعدة، الكبد،العضلات، أو الدهون، محاطة بسوائل. هذه السوائل تحتوي على مغذيات وفضلات خليوية يتم إعادتها إلى مجرى الدم من خلال أوعية مجهرية تسمى القنوات الليمفاوية ليتم أيضها وإزالة سميتها. عدة أقنية ليمفاوية تندمج وتكبر لتصبح تراكيب تسمى العقد الليمفاوية. العقد الليمفاوية مهمة لأنها تجابه العدوى بواسطة تصفية واصطياد كل المواد الضارة، مثل البكتيريا. إضافة لذلك فإن الخلايا السرطانية تنتشر من خلال هذه الأقنية الليمفاوية إلى عقد ليمفاوية مجاورة، ومنها إلى أجزاء أخرى من الجسم.

العقد الليمفاوية

تراكيب صغيرة بشكل حبة البازيلاء التي تصفي السوائل المعوية من البكتيريا، السموم، والسرطان.

العقد الليمفاوية تصفي السوائل من مناطق محددة من الجسم. مثلاً الأقنية الليمفاوية في الساق تصب في عقد المَغْبِن. العقد الليمفاوية للقولون تقع في الأنسجة الدهنية المحيطة بالأوعية الدموية، وتدعى المساريقا. خلال جراحة سرطان القولون، يزال القولون والمساريقا المحيطة حتى يمكن استئصال العقد الليمفاوية المصفية جراحياً. هذا ذو أهمية لأن الورم المنتشر إلى العقد الليمفاوية المجاورة عادة ما يكون الدليل الأول لانتشار السرطان ويؤثر في القرارات بشأن معالجة المريض وعمره المتوقع. إضافة لذلك، إذا تركت هذه العقد الليمفاوية خلال الجراحة وكانت تحتوي على خلايا سرطانية، فإن هذه الخلايا يمكنها التسبب في معاودة السرطان الأساسي.

8 . هل كل السرطانات في المعى الغليظ متماثلة؟

ليست كل سرطانات القولون والمستقيم متماثلة. إن البطانة المخاطية للقولون

ورم غدّي

ورم غدي ينشأ من الطبقة المخاطية للقولون. إنه آفة حميدة (غير سرطانية) ومحدودة بالطبقة المخاطية. مهما يكن، الأورام الغدية هي آفات سابقة للسرطان وبمرور الوقت يمكنها أن تتحلل إلى أورام هجومية.

تمتص الماء والمغذيات الأخرى. الأورام الحميدة الناتجة عن الخلايا الغدية تدعى الأورام الغدية، أما الأورام الخبيثة فتسمى الأورام الغدية السرطانية. الأورام الغدية السرطانية هي أورام غدية تنمو من البطانة المخاطية للقولون، وهي أكثر الأنواع الشائعة لسرطان القولون والمستقيم. الأورام المبتدئة تنشأ عن سليلات ورمية غدية والتي يمكنها التحول إلى ورام خبيثة. عموماً، فإن نوع السرطان الخاضع للبحث في هذا الكتاب هو لسرطانات الغدية. مهما يكن فإن أنواعاً نادرة من الأورام موجودة ومقسمة إلى عدة فئات.

ليست كل سرطانات القولون والمستقيم متشابهة.

إن أورام الغدد الصماء العصبية هي أورام نادرة للقولون. وبصورة مختلفة عن خلايا القولون الغدية،فأن وظيفة هذه الخلايا هي إنتاج مواد صماء تدعى

الهرمونات

رُسُل كيميائية تمر من خلال مجرى الدم وتؤثر في الأعضاء الأخرى.

أنسولين

هورمون مسؤول عن تثبيت سكر الدم.

ورم سرطاني

ورم مؤلف من خلايا غدد صماء عصبية (منتجة للهورمون).

الهرمونات. الهرمونات هي نواقل كيميائية تتجول في مجرى الدم وتؤثر على الأعضاء الأخرى. مثلاً، الأنسولين هو هرمون يتم إنتاجه في البنكرياس ويتجول في مجرى الدم إلى الكبد ويتحكم في مستوى سكر الدم في الجسم. النوع الأكثر شيوعاً من أورام الغدد الصماء، والذي ينتج أنواعاً مختلفة من الهرمونات، يسمى الورم السرطاني. هذه الأورام عادة ما تكون موجودة في الزائدة، الأمعاء الدقيقة (أو المعى الدقيق)، والمستقيم. إن الاستئصال الجراحي للأورام السرطانية الصغيرة عادة ما يشفي السرطان. إن عدم التعرّف على أورام الغدد الصماء

يجعلها هجومية وتنتشر بسرعة إلى أعضاء أخرى مثل الرئتين والكبد. إن مرضى هذه الأورام يعالجون بصورة رئيسية بواسطة المعالجة الكيميائية.

ورم سدوي
ورم نادر يبدأ بالطبقة العضلية للقولون.

ورم لحمي
سرطان سدوي له إمكانية كبيرة للانتشار.

الأورام السدوية هي أورام نادرة تبدأ في الطبقة العضلية للقولون. وعند اكتشافها مبكراً غالباً ما تكون حميدة؛ ومع ذلك فإن لها إمكانية التحول إلى سرطانات. لأنها لا تنشأ من الأنسجة المخاطية، فإن السرطانات السدوية تسمى سركوما (ورماً لحمياً). عند تمييز الأنواع الحميدة من هذا الورم، فإن الجراحة يوصى بها لمنع هذه الأورام من التطور إلى سرطان. الجراحة هي أساس المعالجة للأنواع السرطانية من (السركوما). ومهما يكن، عموماً، إنها أورام مهاجمة ولكن إنذاراتها ضعيفة.

9. هل سرطان القناة الشرجية هو نفسه سرطان المستقيم؟

بسبب أن بطانة القناة الشرجية تحتوي على خلايا مختلفة عن تلك التي في القولون والمستقيم، فإن الأورام الناشئة في القناة الشرجية تختلف عن تلك التي في القولون. القناة الشرجية تحتوي على ذلك القسم من الأمعاء الذي يقع إلى جانب المصرة الشرجية ويراوح طولها بين 2 إلى 3 سم فقط. إن معالجة أورام القناة الشرجية تختلف عن معالجة سرطانات المستقيم. تتم معالجة السرطانات الناشئة في المستقيم والتي تمتد إلى القناة الشرجية بالمزج بين الجراحة والأشعة الكيميائية، لكن أورام القناة الشرجية عادة ما تتم معالجتها دون جراحة.

كيميائي - إشعاعي
معالجة مؤلفة من معالجة كيميائية ومعالجة إشعاعية.

الأورام الناشئة في القناة الشرجية
هي مختلفة عن تلك التي في القولون.

إن السرطان الصدفي الخليوي (SCC) هو الأكثر شيوعاً بين أورام القناة الشرجية. الخلايا الصدفية هي خلايا مسطحة تبطن البشرة (الطبقة الخارجية) من

بشرة
الطبقة الخارجية القصوى من الجلد.

الجلد. ومثل السليلات القولونية، بإمكان الخلايا الصدفية النمو بطريقة شاذة (خلل التنسج) والتطور إلى سرطان. "الخلايا الصدفية اللانمطية" مرتبطة مع خمج الورم الحليمي الفيروسي (ثآليل الأعضاء التناسلية) ولذلك هو موجود مع مصابي هذه الثآليل. وعلى نحو مشابه فإن أعلى حدوث لـ SCC يمكن ملاحظته عند المصابين بضعف الجهاز المناعي وعند الذين لهم سوابق بالمعالجة الإشعاعية للحوض. تنتج SCC أعراضاً مشابهة للمصابين بسرطان المستقيم السفلي. يمكن للكتل الشرجية التسبب بنزيف أو ألم. عادة ما يتم تشخيصها خطأً على أنها بواسير متضخمة قبل عمل تشخيص دقيق.

تميل SCC إلى الغزو محلياً لعضلات القناة الشرجية القريبة وإلى الانتشار نحو العقد الليمفاوية في المغبن. يمكن معالجة السرطانات الأصغر البارزة من

استئصال
إزالة جراحية.

الجلد خارج الشرج بالاستئصال (إزالة). كانت SCC تعالج بالجراحة سابقاً. للأسف، فإن هذا كان يتطلب تفميماً قولونياً دائماً (أنظر الأسئلة 48 و54) ويصعب التكهن بعواقبها. لم يتعرف، قبل السبعينات من القرن العشرين، جرّاح مثل الدكتور نورمان نيغرو، إلى أن أورام القناة الشرجية عندها استجابة قوية لمعالجة مشتركة بين الأشعة والمعالجة الكيميائية. أصبح هذا النظام، بروتوكول نيغرو، أساساً للعناية في السيطرة على هذه الأورام. بعد المعالجة، يتطلب متابعة شديدة للتأكد من أن الورم لا يعاود الظهور ثانية في القناة الشرجية. ونحن نتابع عن كثب كل مرضانا بواسطة المسح ما فوق الصوتي للشرج (أنظر سؤال 51) وذلك بعد معالجة الـ SCC للقناة الشرجية. هذه الأيام، إن جراحة الأورام داخل القناة الشرجية تبقى للمرضى الذين لا يتجاوبون مع المعالجة الإشعاعية والكيميائية، أو الذين يعاود سرطانهم بالظهور. يلزم هؤلاء المرضى إجراء عملية قطع جذري (أنظر سؤال 36) ووضع تفميم قولوني دائم (أنظر سؤال 48 و54).

10. هل كل سرطانات القولون مميتة؟ ما هي توقعاتي إذا أصبت بسرطان القولون؟

سرطان القولون هو مرض شائع، مع 130,000 حالة تشخص كل سنة. مهما يكن، فبفضل الفحوص المتزايدة، عدد حالات السرطان يتناقص وتوقعات العمر تتزايد. إذاً الإجابة المباشرة لسؤالك هو لا، ليست كل حالات سرطان القولون مميتة على الإطلاق، وفي الحقيقة، ما نسبته 60% من الناس يشفون تماماً (بكلمة يشفون أو قابلية الشفاء، نحن نعني عموماً أن المريض يبقى حياً وبعيداً عن المرض بعد 5 سنوات من المعالجة المحددة).

الكشف المبكر يبقى الأساس ومن الصعب التشديد بما يكفي على أهميته.

العامل الأهم في تقرير توقعات العمر هو مرحلة السرطان وقت التشخيص – بكلمة أخرى، مدى التقدم والتأثيرات الناتجة على الجسم (أنظر سؤال 28 للمزيد عن مراحل السرطان). إذا تم تمييزه باكراً، فإن توقعات العمر لمرض سرطان القولون تتحسن. في المرحلة المبكرة (مرحلة I) الأورام تحمل توقعات ممتازة لما بعد المرض، مع نسبة شفاء عامة تفوق 90%. أما المرضى ذوي المرحلة المتأخرة قليلاً (مرحلة II) فإن عندهم توقع عمري يبلغ 5 سنوات وهذا يمثل نسبة تفوق 80%. وعندما ينتشر المرض إلى عقد ليمفاوية محلية ويصنف كمرحلة III، فإن توقعات العمر تهبط إلى ما بين 60% و70%. من الواضح أن الكشف المبكر يبقى الأساس غير القابل للمناقشة. المرحلة IV الانبثاثية لسرطان القولون نادراً ما يمكن شفاؤها، للأسف. بعض المصابين بالمرض الانبثاثي المحدود، معرضون لجراحة جذرية مع علاج مساعد (المعالجة غير الجراحية للسرطان والتي تساعد على تحسين توقعات العمر على المدى الطويل؛ أنظر سؤال 56) لشفاء محتمل؛ مهما يكن، المعالجة الأولية عادة ما تكون مسكنة (الهدف ليس شفاء السرطان بل

المعالجة الملطفة

معالجة غير شافية بهدف جعل المريض أكثر راحة.

لجعل المريض أكثر راحة)، عادة مع معالجة كيميائية منتظمة (معالجة كيميائية تحقن وريدياً وتنتشر خلال الجسم). لكن تذكر: تقنيات الجراحة الجذرية والمعالجات الكيميائية الجديدة تستمر في تحسين النتائج في المراحل المتقدمة من سرطان القولون.

11. هل السرطان معدٍ؟

بالرغم من أن الطفرات الجينية بإمكانها الانتقال من جيل إلى آخر، فإن هذا لا يعني أن السرطان معدٍ. يتشكل السرطان من نمو شاذ لخلايا الشخص بمفرده. بالرغم من أن الطفرات الجينية تعرض العائلات لمخاطر متزايدة لحالات السرطان من خلال أجيال متعاقبة، فإن السرطان لن يكون بإمكانه الانتشار أبداً بواسطة الملامسة أو المخالطة من شخص لآخر.

القسم الثاني

المخاطر والوقاية

ما هي عوامل المخاطرة لتشكّل سرطان القولون والمستقيم؟

إن كان في عائلتي شخص مصاب بسرطان القولون،
فكيف يؤثر ذلك في مخاطري؟

هل هناك جين مسؤول عن سرطان القولون،
أي جين سرطان القولون؟

والمزيد...

12. ما هي عوامل المخاطرة لاكتساب سرطان القولون والمستقيم؟

سرطان القولون هو مرض شائع، وبالحقيقة، فإن المخاطر خلال الحياة لاكتساب سرطان القولون في الولايات المتحدة تبلغ حوالى 6% من مجموع السكان. يقترب الرجال والنساء من نسب متساوية لإمكانية إصابتهم بسرطان القولون. أكثر عوامل المخاطرة هو العمر – مخاطر سرطان القولون تزداد مع التقدم في السن، وتبلغ الذروة في سن 67. أهم المخاطر بعده هو سجل عائلي لسرطان القولون والمستقيم. وهو أكثر انتشاراً بين الأمريكيين الأفارقة وهو أقل شيوعاً بين الأمريكيين الهنود والأسبان.

سرطان القولون، مثل عدد من الأمراض الأخرى، مرتبط أيضاً بالوجبات عالية الدهنيات وغياب التمارين الرياضية. إنها حقيقة مدوية أن تكون العائلات التي تهاجر إلى الولايات المتحدة من مناطق تنخفض فيها نسبة سرطان القولون، مثل آسيا، أفريقيا، وأمريكا الجنوبية، لا تلبث أن تكتسب إمكانية أكبر للإصابة بسرطان القولون المنتشر بين سكان U.S. بعد جيل واحد أو جيلين فقط من العيش هنا. وهذا يوحي بأن هنالك عاملاً ما في طريقة الحياة الأمريكية يرفع من مخاطر الإصابة بسرطان القولون ولا يكون مرتبطاً بالضرورة بالعوامل الجينية. يعتقد الكثيرون بأن عادات الأكل الخاطئة في الولايات المتحدة هي المسؤولة عن ازدياد حدوث سرطان القولون.

العديدون يعتقدون أن عادات الأكل السيئة في الولايات المتحدة هي المسؤولة عن ارتفاع حدوث سرطان القولون.

من الممكن أن تعتقد الآن بأن هذه المعلومات كانت ستكون أكثر فائدة لو علمت بها من قبل أن تصاب بسرطان القولون. حتى إن بعض الناس يشعرون بالذنب حيال تشخيصهم، معتقدين بأنه "لو أنني فقط كنت آكل طعاماً أفضل وأتمرن كما أعرف الآن أنني يجب أن أفعل، لما كنت واجهت هذه المشكلة!". الحقيقة هي أن هذه العوامل هي جزء من المعادلة. يوجد الكثير من الناس الذين يتناولون

أطعمة عالية الدهنيات ولا يتمرنون لا يصابون بسرطان القولون. وهنالك العدد نفسه من الناس الذين يأكلون بطريقة "جيدة" ويتمرنون ومع هذا يصابون بالفعل بسرطان القولون. وكما جرى البحث في سؤال 13، فإنه من الواضح أن هذا المرض يمكن أن ينتقل من جيل لآخر في العائلات، ولعلك لم تكن على علم بأن جدتك أو عمك مصابان بسرطان القولون؛ ببساطة لم تكن على علم بأنك واقع في مخاطرة. وفوق ذلك ليس بوسعك التأكد أبداً من أن طريقة حياتك هي التي قادتك إلى سرطانك. على أية حال لا أحد يفعل شيئاً ليستحق الإصابة بسرطان القولون، لهذا فمن الأفضل لك أن تركز على التخلص منه على أن تسأل لماذا أصبت به. مهما يكن، لا تسقط هذا الاحتمال من حسابك كلياً. تذكر أنه حالما يُزال السرطان فإن عوامل المخاطرة التي أسهمت به تبقى على حالها. وهكذا فإن أي مجهود تقوم به لتغيير المخاطر المتعلقة بطريقة حياتك - تلك المخاطر التي تستطيع السيطرة عليها - سوف يساعدك على تجنب معاودة حدوث السرطان أو أي مرحلة متقدمة منه (أنظر سؤال 17 للمزيد حول الوقاية). ناقش أية شكوك أو أسئلة يمكن أن تكون لديك مع طبيبك، واسأله أو اسألها كي تحيلك إلى أخصائي تغذية.

13. إن كان شخص بعائلتي مصاباً بسرطان القولون، كيف يؤثر هذا في مخاطري؟

أقارب الأشخاص المصابين بسرطان القولون والمستقيم معرضون بنسبة أكبر للإصابة بالسرطان. لشخص ذي قرابة من الدرجة الأولى (يعني أم، أب، أخت، أو أخ) مصابون بسرطان القولون تزيد المخاطرة من مرتين إلى ثلاثة مرات، وكلما زادت القرابة زادت المخاطر. بكلام آخر إن شخصاً والده مصاب بسرطان القولون عنده مخاطر أكبر للإصابة من شخص عنده أخ أو أخت مصابة. ثانياً، المخاطرة تتناسب طردياً مع عدد أفراد العائلة المصابين بالسرطان. كلما زاد عدد أفراد العائلة المصابين بسرطان القولون، فإن مخاطر الفرد تزداد. أخيراً فإن بدء المرض بسن مبكرة هو عامل مخاطرة قوي.

لقد تم إثبات أن هذه المخاطرة هي حقاً ذات تأثر جيني وليست ميزة بيئية.

قامت دراسة حديثة بمقارنة عدد السليلات الموجودة عند أفراد العائلة بتلك الموجودة بزوج أو زوجة المريض. إن المخاطر لدى الزوج أو الزوجة كانت مماثلة لتلك الموجودة في المجتمع؛ مهما يكن فإن المخاطر بالنسبة لأفراد العائلة كانت إحصائياً أعلى وذلك لصلة قرابتهم جينياً. إن سجلاً عائلياً متضمناً سرطان القولون هو مؤشر مطلق للحاجة لإجراء مسح تنظيري للقولون.

إن وجود سجل عائلي بسرطان القولون هو مؤشر قاطع على وجوب فحص تنظير قولوني مبكر.

تعقيب كايت:

عندما كنت في سن الثالثة عشرة تلقت أمي العلاج لسرطان قولوني متقدم. وبالرغم من أن توقعات ما بعد العلاج متشائمة، تمكنت من الخلاص وهي الآن في الثمانينات من العمر، حية وبصحة جيدة. قبل تشخيصي في سن 41، فإن جدتي، عمي، وعمتي، ماتوا جميعاً في الثلاثينيات من أعمارهم. أمي وقريب لها كانا مصابين بالسرطان وعاشا. وهكذا مع معرفتي بأن المرض يمكن أن يكون قاتلاً، فإن والدتي وساندي كانا بصحة جيدة، وهذا أعطاني أملاً كبيراً وتشجيعاً.

وبالرغم من هذا السجل العائلي الحافل بسرطان القولون، لم أكن أتوقع حقيقة أن أصاب به. وهكذا، وبعد إصابتي بما ظننت في حينه أنه هجمة أنفلونزا معدية غير اعتيادية، أُدخلت إلى غرفة الطوارئ متوقعة إجراء عملية استئصال الزائدة. بعد خمسة أيام، كنت أخضع لجراحة حيث تم استئصال ورم خبيث من المصران الأعور. لا أذكر أنني فكرت أن أسأل طبيبي عن فرص إحصائية في ذلك الوقت. فقط بدأت بتدبر حياة مع سرطان يوماً بيوم. كان والدي يأتي بعد ظهر كل يوم إلى المستشفى ويجلس بجانبي على السرير بينما كنت أزداد قوة. لقد فعل نفس الشيء لوالدتي، قبل سنين. كان وجوده إيجابياً جداً وساعدني كثيراً.

يصعب إيجاد توازن بين كون المرء واقعياً وإيجابياً في الوقت نفسه. وعندما أصبت بسرطان قولون جديد بعد ثمانية أعوام، كنت أعرف المزيد عن احتمالات البقاء. ورغم ذلك توقعت أن أستمر بالحياة كأفضل ما أستطيع ولأطول مدة أستطيعها. الآن وبعد مضي عشرين عاماً لا دليل على المرض.

14. هل هناك جين مسؤول عن سرطان القولون، أي، جين سرطان القولون؟

من المخيب للآمال التفكير بأنه مع كل العلوم والتقنية المتاحة، ليس عندنا واسمات جينية يمكنها التعرف باكراً على مرضى سرطان القولون أو تساعد على معالجة المرض. ومع أن ذلك صحيحاً بمعظمه، فإن الكثير قد تم معرفته خلال العقدين الماضيين فيما يختص بالشواذات الجينية المتعلقة بسرطان القولون. نحن نعرف المخاطر العائلية لسرطان القولون، إذاً من الواضح أن جيناً، أو عدة جينات، يجب أن تكون مسؤولة عن تشكل السرطان. العديد من هذه الجينات قد تم التعرف عليها من خلال أبحاث مكثفة، وبواسطة فحص عائلات لديها حالات عدة من سرطان القولون. لقد تبين أنه ليس جيناً شاذاً واحداً بل مجموعة أخطاء جينية هي التي بإمكانها أن تحوّل خلايا قولون سليمة إلى خلايا سرطانية.

وبالرغم من أن التعرف على هذه الجينات كان مهماً لفهمنا عملية تحول خلايا سليمة إلى خلايا سرطانية، فعموماً لم يكن هذا ذات فائدة في التعرف على المرضى المعرضين لمخاطر حالات عشوائية (غير وراثية) من سرطان القولون – حتى الآن. ومهما يكن، فإن هذه الجينات كانت قاطعة في التعرف على مرضى ذوي متلازمة وراثية وهم في حال المخاطرة بالنسبة لسرطان القولون. بعض الخلايا السرطانية التي تم التعرف عليها والمتلازمات الوراثية المتعلقة بها مشروحة فيما يلي.

داء السليلات الأسري الورمي الغدي

مرض وراثي يتميز بتطور سليلات ورمية غدية عديدة خلال القولون، وعادة في سن مبكرة.

داء السليلات الأسري الورمي (FAP): (FAP) هو متلازمة وراثية حيث يصاب الأفراد المتأثرون بها بسليلات عديدة في أنحاء قولونهم. وبالرغم من أن الناس الأصحاء يمكن أن يصابوا ببضعة سليلات شاذة وهم في العقد الخامس أو السادس من أعمارهم، بينما مرضى الـ FAP وعند بلوغهم العقد الثاني، فإن مئات السليلات تنمو خلال كل القولون والمستقيم. هذه السليلات هي سليلات ورمية غدية ومع الوقت تتطور إلى سرطان.

يسمى الجين المسؤول عن FAP الجين السليلي الورمي (أو جين APC). يملك أب مصاب بـ FAP فرصة 50% ليمرر المتلازمة لأولاده. الطفرات في جين APC وجدت أيضاً في حالات عشوائية (غير وراثية) من سرطان القولون، مما يوحي بأن هذه الطفرات قد تكون الخطوة الأولى لتحول الأنسجة القولونية السليمة إلى سليلات ورمية غدية.

وقائي
بهدف الوقاية.

للأسف، فإنه مع الوقت، جميع مرضى FAP غير المعالجين يطورون سرطان القولون والمستقيم، لذا تصبح الجراحة الوقائية (جراحة لمنع السرطان) ضرورية عادة. وبالرغم من وجود دليل على أن المعالجة بأدوية مضادة للالتهابات مثل سولنداك تنقص عدد السليلات المتكررة عند هؤلاء المرضى، فإنه لا توجد معالجة دوائية ناجعة لـ FAP، وهذه الأدوية يجب أن لا تستعمل كبديل للجراحة. هناك أنواع أخف من المرض حيث يصاب المرضى بسليلات قليلة نسبياً (أقل من 100) في القولون؛ في حالات قليلة، مرضى هذا النوع الأخف بإمكانهم الخضوع عدة مرات لتنظير قولون مسحي بواسطة التنظير القولوني، وإزالة هذه السليلات يمكن أن يكون خياراً. مهما يكن، كل مرضى النوع الأخطر من FAP ومعظم مرضى النوع الأخف يحتاجون في النهاية إلى استئصال جراحي (إزالة) كامل القولون والمستقيم للوقاية من تشكل محتمل للسرطان. أن

نزع المستقيم والقولون
الإزالة الجراحية للقولون والمستقيم.

الاستئصال الكامل للقولون والمستقيم (إزالة القولون والمستقيم) هو العلاج الحالي المعتمد. هناك طريقة تركيبية تسمى الجيب الشرجي اللفائفي أو عملية جيب "J" يمكن إجراؤها، والتي تجعل من الأمعاء الدقيقة (أو المعى الدقيق) "مستقيماً جديداً" وهكذا يصبح من غير الضروري تركيب فوهة دائمة (أنظر الأسئلة 54,53,45).

متلازمة غاردنر
شكل آخر من داء السليلات الأسري الورمي الغدي مرتبط بأورام العظام، السليلات، وأورام البطن.

إن فحوص المنظار السيني (أنظر سؤال 20) كان دائماً يوصى به لأبناء الآباء المصابين بـ FAP منذ بداية عقدهم الثاني ويعاد كل سنة. الأولاد

داء السليلات

الحالة التي تتكوّن فيها سليلات عديدة في عضو معين.

المصابون بعدة سليلات مرشحون لإجراء خزع كامل القولون والمستقيم وقائية (إزالة القولون والمستقيم). إن التقدم بالفحص الجيني يسمح الآن للفحوص بالتركيز على أعضاء العائلة المالكين لنفس طفرة عضو العائلة المصاب وذلك عن طريق فحص الدم. وعندها فقط يمكن للفحص الجيني أن يجرى بكل المصداقية لكل أفراد العائلة للتعرف على من منهم له مخاطر الإصابة بالمرض. إذا كانت نتائج الفحص الجيني إيجابية، فإن عليهم الخضوع لفحوص مركزة لأنهم محكومون بالإصابة بهذا المرض. مهما يكن، إذا كانت نتائج الفحص الجيني لفرد من العائلة سلبية، فإن هذا الشخص غير معرض لمخاطر المرض وبإمكانه الانتظار حتى مرحلة متقدمة من حياته ليخضع لنفس الفحوص التي يخضع لها الناس. إذا لم تميز الطفرة في عضو العائلة المصاب، عندها لا يمكن الاعتماد على الفحص الجيني للأفراد الآخرين، وكل أعضاء العائلة يجب أن يخضعوا لفحوص مركزة. لهذه الأسباب نحن نوصي العائلات المصابة بـ FAP بالتوجه إلى مراكز مختصة لإجراء وإدارة الفحوص اللازمة.

سرطان القولون الوراثي غير السليلي

متلازمة سرطان قولون وراثي غير مرتبط بمتلازمات السليلات. عادة ما يشار إليه بمتلازمة لينش.

سرطان القولون الوراثي غير السليلي (HNPCC): خلال أواخر الستينات من العمر، ميز الدكتور هنري لينش عائلات مع نسب حدوث أكبر لسرطان القولون وسرطانات المعدة والرحم المرتبطة به. وخلاف الـ FAP، مع ذلك، فإن سرطان القولون قد تشكل في 70% إلى 80% فقط من الناس المعرضين لهذه الطفرة. بالإضافة إلى ذلك، فهؤلاء المرضى لم يكونوا يعانون من آلاف السليلات مثل المصابين ب FAP. لقد سميت المتلازمة بمتلازمة لينش ومنذ ذلك الوقت صنفت كـ HNPCC. إن الناميات الشاذة القولونية الموجودة عند عائلات مصابة بـ HNPCC تحدث في أعمار أصغر (الأربعينات) وتتمركز أكثر في الجهة اليمنى من القولون. يعتقد بعض الباحثين أن التحول من الأورام الغدية إلى سرطانات يمكنه أن يحدث أسرع في مرض HNPCC؛ مهما يكن، مقارنة مرحلياً، هذه الأورام لها توقعات ما بعد

المرض أفضل من السرطانات الإفرادية (التي لم تمرر جينياً).

في العام 1990 طورت مجموعة دولية مشتركة مقياساً بحثياً لتمييز العائلات المعرضة لخطر هذه المتلازمة الجينية، التي يمكن أن تستدعي فحوصاً مبكرة (جدول 1).

إن الفحص الصارم بواسطة منظار القولون (أنظر سؤال 20) ضروري في هذه العائلات ابتداءً من سن 20 . حديثا، ميزت واسمات جينية مرتبطة مع HNPCC. عدة طفرات أمكن تمييزها؛ وهذه تحدث في جينات مختلفة، ولكنها في النهاية تؤثر في مجموعة متماثلة لمجموعة بروتينات إصلاحية لـ DNA. وبشكل مختلف عن مصابي FAP، ليس كل شخص مصاب بـ HNPCC سيطور سرطان القولون. الاستئصال الوقائي (الإزالة الوقائية للقولون والمستقيم) يصبح إذاً غير موصوف بالضرورة، والإدارة تتضمن تنظير القولون بشكل مبكر ومتكرر. يجب على العائلات التي تتوافق مع جدول أمستردام أن تفكر باستشارة مؤسسات متخصصة تملك سجلات سرطان وراثية (لوائح معمقة ومنظمة) بالإضافة إلى القدرة على تقديم الاستشارات الجينية والفحوص. إن الفحص المستمر لسرطانات المبيض وبطانة الرحم (غشاء الرحم)، كما للسرطانات الأخرى المرتبطة بها، مطلوب أيضاً. عندما يصاب أفراد معروفون بـ HNPCC بسرطان القولون، فإن المعالجة الموصى بها عادة ما تكون استئصال قولوني كامل (الإزالة الجراحية للقولون) نظراً للإمكانية الشديدة لتشكل سرطان القولون في المستقبل. في معظم الحالات يمكن إبقاء المستقيم وهذا يجعل الفوهة الدائمة غير ضرورية.

بطانة الرحم
البطانة داخل الرحم.

استئصال القولون
الإزالة الجراحية لكامل أو قسم من القولون.

جدول 1 مقياس أمستردام (قاعدة 3-2-1)

1. ثلاثة أقارب أو أكثر مع سجل عائلي مؤكد لسرطان القولون أو المستقيم (مؤكد من خلال درس الخلايا والأنسجة). أحد هؤلاء يجب أن يكون قريباً من الدرجة الأولى للاثنين الآخرين.
2. سرطان القولون والمستقيم أصاب جيلين أو أكثر.
3. حالة أو أكثر تم تشخيصها قبل سن الـ 50.

تعقيب كايت:

أملك سجلاً عائلياً مليئاً بصورة غير اعتيادية بسرطان القولون. خضعت لعمليتي أورام ابتدائية خبيثة قولونية، كما أصبت بسرطان الثدي وسرطان الرحم، المرتبطين بمتلازمة سرطان القولون غير السليلية الوراثية. وخضعت للفحص سنوياً لتنظير القولون من أجل السليلات القولونية أو سرطان بدائي. وخضعت لفحص الجينات المرتبطة بـ HNPCC ودفعت أولادي وأخواتي للاستفادة من فحص واستشارة جينية. وفي حالة أنهم قرروا عدم الخضوع للفحص الجيني أو إن كانوا إيجابيين، ففي هذه الحالة يجب عليهم الخضوع للتنظير القولوني سنوياً وأن يكونوا تحت المراقبة جيداً بالنسبة للسرطانات المرافقة للرحم، المبيض، القناة البولية والجلد. إن حمل الجين هو عبء ثقيل. وحقيقة إنه أهون علي تحمل سرطاني من أن أفكر بأن أحد من أبنائي أو أخواتي قد يصاب بالسرطان.

15. ما هو الرتاج، وهل هو مرتبط بسرطان القولون والمستقيم؟

الرُتج أو الرُتوج

تكيّس خارجي شاذ للطبقة المخاطية خلال الجدار القولوني.

الرُداب أو الرُتاج

وجود رُتوب عديدة داخل القولون. عادة ما تتواجد داخل القولون السيني.

الرتوج هي جيوب مخاطية قولونية تخترق أماكن ضعف صغيرة في الجدار القولوني. وهذه الظاهرة منتشرة بين الأمريكيين الكبار السن ومن المعتقد أنها تنتج عن أطعمة قليلة الألياف. بصورة رئيسية توجد الرتوج في القولون السيني، حيث يدفع الجدار العضلي السميك البراز الصلب إلى المستقيم. داء الرتاج هو عملية حميدة وموجودة بين أكثر من 50% من الأمريكيين الذين تخطوا سن الـ 60. مهما يكن، فبإمكانها التسبب بالنزيف والعدوى. من الممكن أن يعلق البراز بإحدى هذه الجيوب، مسببة تضخم الرتاج، ويصبح مصاباً. يسمى هذا التهاب الرتاج. التهاب الرتاج الخفيف يعالج بمضادات الالتهابات ولا يتطلب البقاء بالمستشفى. أما التهاب الرتاج المتقدم، مهما يكن، فيمكنه التسبب بانسداد أو ثَقْب القولون وخراج (تجمع للقيح) في البطن. أي من هذه الأعراض يمكن أن تؤخذ على أنها سرطان قولون متقدم، والجراحة عادة تكون ضرورية للوصول إلى التشخيص الدقيق تحديداً.

التهاب الردب أو الرتج

التهاب الردب.

بالرغم من أن الرتاج عادة يكتشف بفحص التنظير القولوني، وبالرغم من أن التهاب الرتاج يمكن أن يشخص خطأً على أنه سرطان القولون والمستقيم، فإنه ليس سبباً أو عامل اختطار لسرطان القولون والمستقيم.

مع أن التهاب الردب يمكن أن يظن خطأً على أنه سرطان قولون ومستقيم، فإنه لا يعد سبباً ولا عامل مخاطرة لسرطان القولون والمستقيم.

---

16. ما هو التهاب القولون التقرُّحي وداء كرون؟ وهل تسبب هذه الأمراض المعوية الالتهابية سرطان القولون والمستقيم؟

التهاب القولون التقرحي

مرض التهابي يؤثر في الطبقة المخاطية للمعى الغليظ. الأشخاص المصابون بالتهاب القولون التقرحي عندهم مخاطرة أكبر لتطوير سرطان القولون والمستقيم.

التهاب القولون التقرُّحي هو مرض معوي التهابي. ومثله اضطراب آخر، يسمى داء كرون. مرضى التهاب القولون التقرُّحي يصابون بالتهاب الطبقة المخاطية للقولون، عادة في نهاية عقدهم الثاني، وأوائل عشريناتهم. تتضمن الأعراض ألماً بطنياً تشنجياً، وإسهالاً ممزوجاً بمادة مخاطية، وإلحاحاً معوياً، ونزيف المستقيم. ويعتقد أنه داء نظام مناعة ذاتي ويعالج بالأدوية المنظمة للمناعة، مثل الكورتيزون ومشتقات الأسبرين. التهاب القولون التقرُّحي عادة ما يتشكل في المستقيم أولاً ثم ينتقل إلى القولون، إلى الابتداء، حتى تصاب الطبقة المخاطية للقولون بكاملها. ينحصر الالتهاب بالقولون ولا يؤثر في بقية قناة GI. لكن مرضى التهاب القولون التقرُّحي يمكن لهم أن يطوروا أعراضاً أخرى، من ضمنها اضطرابات الجلد، التهاب المفاصل، وداء أقنية الصفراء.

داء "كرون"

مرض التهابي معوي بإمكانه التأثير في أي جزء من القناة الهضمية. داء كرون القولوني يتميّز بعملية التهابية تمتد خلال كامل الأمعاء وبإمكانها التسبب بتضيّق (ضيق) وبناسور (وصلات شاذة بين عضوين).

إن حدوث سرطان القولون يزداد في مرض التهاب القولون التقرُّحي ويمكن أن ينتج عن التهاب القولون المزمن. وتزداد المخاطرة عند المصابين بالتهاب القولون الشامل (التهاب القولون الشامل الذي يشمل كامل القولون) أكثر من المصابين بنفس المرض المحدود بالجهة اليسرى. إن مخاطر سرطان القولون تبدأ من 8 – 10 سنوات بعد التشخيص، وحدوث المرض يزداد حوالى 1% مع كل سنة أخرى. سرطانات القولون والمستقيم التي تصيب مرضى التهاب القولون التقرُّحي تكون متقدمة أكثر عند التشخيص. وهكذا، فإن الفحص المتكرر لدى مرضى التهاب القولون التقرُّحي هو ملزم. بعد 8 سنوات من التشخيص، يجب أن يجرى التنظير القولوني كل سنة أو سنتين ويجب أخذ عينات عديدة لخزعات عشوائية من القولون للبحث عن خلل التنسج. إذا اكتشف خلل التنسج بالتنظير القولوني، فإن الجراحة الوقائية تصبح ضرورية.

إذا تطور السرطان في مريض يعاني من التهاب القولون التقرُّحي، عندها يجب إزالة كل القولون وذلك بسبب مخاطر نشوء ورم خفي ثانوي (متخفٍ، غير منظور بالعين المجردة). إزالة القولون والمستقيم (استئصال القولون والمستقيم) يشفي مرضى التهاب القولون التقرُّحي. إن استئصال القولون والمستقيم ووضع فَغْر اللفائفي (لفافة معوية دقيقة توضع جراحياً من خلال جدار البطن) تلغي خطر السرطان. كبديل لاستئصال القولون والمستقيم وفغر اللفائفي، يمكن للجراحين إجراء عملية استئصال القولون والمستقيم المُصِحّ. خلال جراحة الاستئصال القولوني المستقيمي المُصِحّ فإن كامل

التهاب القولون الكلي

التهاب يشمل كامل القولون.

متخفي

مُخبّأ؛ غير واضح للعين المجردة.

تفميم لفائفي

فوهة تكوّن من الأمعاء.

استئصال المستقيم الترميمي

عملية جراحية يتم بموجبها استئصال كامل القولون والمستقيم، ولكن يكوّن مستقيم باستعمال جيب من الأمعاء الدقيقة (جيب – J).

تضيّق

تضيق في تجويف الأمعاء بسبب الالتهاب، أو الورم.

الناسور

وصلة شاذة بين عضوين مجوفين.

ستيرويد قشري

أدوية تشبه عمل جهاز المناعة تستعمل في معالجة داء الالتهاب المعوي.

القولون والمستقيم يزالان، لكن "مستقيماً جديداً" (المستقيم المستحدث) يتم تركيبه باستخدام جيب معوي دقيق (عادة ما يدعى جيب – J). عموماً، هذه العملية تقلص مخاطر السرطان إلى ما يقرب من الصفر؛ مهما يكن قد يحتاج المرضى للخضوع إلى فحص سنوي بالتنظير القولوني لفحص جيب – J والقناة الشرجية.

إميوران

دواء يكبح جهاز المناعة البشري. إميوران يستعمل في معالجة داء الالتهاب المعوي.

داء كرون يمكنه إصابة أي قسم من القناة المعدية المعوية من الفم مروراً حتى الشرج. وبشكل مختلف عن داء الالتهاب القولوني التقرُّحي، فإن الالتهاب الملاحظ في داء كرون يمتد خلال كل سماكة الجدار المعوي ويتميز بالتضيق (تضيق معوي بسبب ندوب، التهاب، أو ورم) وبالناسورات (ممرات شاذة بين عضوين مجوفين).

تتضمن المعالجة أدوية السيطرة المناعية، مثل أدوية الستيرويدات القشرية، وأزاثيوبراين (إميوران). السجل الطبيعي لداء كرون يتأرجح بين التقدم والتراجع. المعالجة غالباً ما تكون دوائية، والجراحة تبقى للمضاعفات مثل التضيقات الحادة، الخمج البطني، والناسورات العرضية. وبالرغم من أن مخاطر نماء السرطان في داء كرون غير واضحة المعالم كالمخاطر في داء الالتهاب القولوني التقرُّحي، فمن المعتقد أنها تزيد عن تلك الموجودة عند عموم الناس. ولهذا السبب، فإن الأفراد الحاملين لداء كرون يحتاجون إلى الفحص نفسه مثل المصابين بمرض الالتهاب القولوني التقرُّحي. إذا وجد خلل التنسج (اكتشاف مجهري لنمو خليوي شاذ) في مرضى داء كرون، فإن جراحة استئصال القولون والمستقيم يمكنها أن تكون ضرورية.

17. ما الذي يمكنني فعله لمنع سرطان القولون والمستقيم؟ وهل أمكن إثبات أن الأدوية والفيتامينات تقلل من المخاطر؟

إحدى النقاط الرئيسية التي نأمل إثباتها في هذا الكتاب هي أن سرطان القولون والمستقيم هو مرض يمكن منعه بصورة كبيرة وله توقعات ممتازة لما بعد

العلاج عندما يتم التعرف عليه ومعالجته باكراً. نحن نقسم الإجراءات الوقائية إلى فئات. الوقاية الأولية تهدف إلى تقليل مخاطر نشوء السرطان أصلاً. الوقاية الثانوية تشمل إجراءات مثل الفحوصات الروتينية، والتي تخفض الوفيات الناتجة عن السرطان وتزيد توقعات العمر.

سرطان القولون والمستقيم هو داء يمكن الوقاية منه بشكل كبير.

أما الوقاية الأولية لسرطان القولون والمستقيم فإنها غير معقدة ومنطقية. إن تغيير العادات المؤذية في نمط الحياة هو أمر في غاية الأهمية (أنظر سؤال 12). التغذية السيئة، قلة التمارين الرياضية، والتدخين كلها وجدت مرتبطة مع نسب السرطان العالية. بتغيير هذه العادات يعني ببساطة، أنك تقلل من فرص نماء سرطان القولون والمستقيم، كما الأمراض الأخرى. مهما يكن، بإمكانك أن تلعب دوراً نشيطاً في تقليل فرص إصابتك بسرطان القولون والمستقيم. يعتقد أن تناول الفيتامينات الإضافية والمغذيات الأخرى يمكنها المساعدة في هذه المعركة. تختصر الأقسام التالية بعض المواضيع التي يجري درسها والمعلومات المتعلقة بدورها في الوقاية من السرطان.

إن تغيير العادات المعيشية السيئة هو مهم جداً للوقاية من مرض السرطان.

- **الكالسيوم:** توجد بعض الدلائل على أن الكالسيوم يمكنه المساعدة في عدم تكون الأورام في القولون. وعند دراسته في النماذج الحيوانية، قلص الكالسيوم عدد السليلات المتكونة كنتيجة للمواد المسرطنة والأطعمة العالية الدهنيات. عند البشر، تبين أن كاربونات الكالسيوم تقلل حدوث الأورام الغدية. وبالرغم من أن الكالسيوم لم يثبت بصورة قاطعة أن بإمكانه منع سرطان القولون، فإن الكالسيوم هو إضافة حميدة بإمكانه منع ترقق العظم، وبالإمكان تناوله بجرعات صغيرة.

- **الفولات:** الفولات هو مادة مغذية مجهرية توجد بكثافة في الفواكه والخضار. تبين دراسة موسعة أجريت على ممرضات يتناولن إضافات الفولات أن مخاطر سرطان القولون والمستقيم قد تقلصت لديهم. هذه الفائدة الصغيرة تصبح ملحوظة فقط بعد سنوات عدة من استعمال الفولات. يمكن للفولات تقليص مخاطر سرطان القولون والمستقيم عند الأشخاص الذين يملكون استعداداً جينياً له. وهو يمكن أن يؤخذ في صورة فيتامين متعدد يومياً.
- **فيتامينات A، C، وE:** لقد أجريت دراسات عدة، لكنها لم تظهر تناقصاً لمخاطر سرطان القولون كنتيجة للتزود بهذه الفيتامينات.
- **السيلينيوم:** أظهرت بعض الدراسات أن حدوث سرطان القولون هو أعلى في المناطق الجغرافية حيث ينقص السيلينيوم. لقد أُثبت هذا في بحث متعدد المراكز وموزع، بأن السرطان يحدث أقل عند الذين تكون وجباتهم مكملة بالسيلينيوم الموجود في خميرة البيرة. لكن في الجرعات العالية، عموماً، فإن السيلينيوم يمكنه إفساد الكبد، لهذا فإن الجرعات يجب أن تزاد بحذر.
- **الأدوية المضادة للالتهابات اللاشحمانية (NSAID):** الأدوية المضادة للالتهابات اللاشحمانية تكبح مفعول الأنزيم الأكسجيني الدوري وهو أنزيم يشترك في عملية للالتهاب. لقد وجدت تركيزات أعلى من الأنزيم الأكسجيني الدوري في سرطانات القولون والمستقيم، ولهذا فإن الأدوية التي تثبط الأنزيم الأكسجيني الدوري بإمكانها تقليص السرطان. لقد قلص سولنداك، وهو NSAID، حدوث الأورام الغدية القولونية في النماذج الحيوانية. إضافة لذلك، ففي دراسات صغيرة حيث أعطي سولنداك لمرضى داء السليلات الأسري الورمي (FAP)، فإن عدد السليلات التي تم التعرف عليها في التنظير الباطني (طريقة تستخدم فيها آلة مضاءة لفحص تجويف الجسم) قد تقلص. بينت دراسات أوسع استخدم فيها الأسبرين لمنع السرطان أنه من الممكن أن ينقص حدوث السليلات في القولون. للأسف، فإن استخدام

الدواء غير الستيرويدي المضاد للالتهاب

فئة من الأدوية تقلل من الالتهابات؛ بما فيها الأسبرين، أيبوبروفين، سولينداك.

تنظير باطني

استعمال آلة مضاءة داخل تجويف الجسم.

جرعات كبيرة من الأسبرين يرتبط بقرحة معدية واثني عشرية. مهما يكن، فإنه عند المرضى غير المعرضين لمخاطر أمراض القرحة، يمكن أن يكون أسبرين الأطفال مفيداً. إن الدراسات المستمرة لتجارب حيث تستخدم الأسبرين ومثبطاً متخصصاً من الأنزيم الأكسجيني الدوري، مثل سلبركس، من الممكن أن تكشف عن فائدة مهمة في المستقبل.

هذه هي الإضافات الرئيسية التي تم البحث فيها للوقاية من سرطان القولون. إن معالجات عشبية أخرى أو حقن قولونية ("قولونيات عالية")، رغم أنها صنفت كمنقذة في المعركة ضد سرطان القولون، لم يثبت أن بإمكانها منع السرطان . وبالاختصار، فإن أسلوب حياة صحي يمكنه الذهاب بعيداً في الوقاية الأولية من سرطان القولون والمستقيم. وباتباع الإرشادات الغذائية البسيطة، تناول القليل من الكحول، واتباع برنامج تمرين رياضي أساسي، والامتناع عن التدخين، بإمكانك تقليص مخاطرك لنشوء سرطان القولون والمستقيم. الإضافات الغذائية بصورة فيتامينات متعددة، ووجبات عالية الكالسيوم، والأسبرين يمكنها أن تكون مفيدة في الجرعات المعتدلة.

مع الفحص الروتيني، يمكن الوقاية من سرطان القولون بواسطة إزالة السليلات ما قبل السرطانية.

الشيء الرئيسي في الوقاية الثانوية هو الفحص المناسب. بواسطة الفحص الروتيني، يمكن منع سرطان القولون وذلك بإزالة السليلات ما قبل السرطانية، وفي حالة أنها قد بدأت فيمكن عندها تشخيص سرطان القولون في مرحلة مبكرة، مسبباً توقع عمر أفضل. لهذا السبب، فمن غير المقبول أن يخضع أقل من 30% من الأمريكيين للفحص المسحي لسرطان القولون والمستقيم. مثلاً، بالاستعانة بالفحص السنوي اللاهجومي البسيط الذي يقيس الدم المختفي في البراز، فإن نسبة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم هبطت إلى الثلث بين الذين أجريت عليهم الدراسة. إن فحص الدم المختفي في البراز (FOBT؛ أنظر سؤال 19) كان أول

فحص أظهر توقع عمر أفضل بعد سرطان القولون والمستقيم. وبالرغم من أن FOBT يمكنه تمييز السرطانات البدائية، فإن التنظير القولوني بإمكانه تشخيص السليلات البدائية ومعالجتها. إن الدراسة السليلية الوطنية كانت محاولة وطنية متعددة المراكز لتقييم فائدة التنظير القولوني في منع سرطان القولون. لقد أخضع أكثر من 9000 مريض لهذا الفحص، الذي قارن الفحص القولوني لسرطان القولون والمستقيم بالنسبة للمراقبة الدائمة. التنظير القولوني المتكرر عند مرضى السليلات القولونية منع حوالى 90% من حالات السرطان المتوقعة. برهن الفحص الدائم تكراراً على قدرته على كشف سرطانات أكثر في مراحل أبكر.

القسم الثالث

الفحص والتشخيص

كيف أعرف أنني مصاب بسرطان القولون والمستقيم؟

ما هو نوع الفحص المتاح،
وبأي عمر يتوجب علي البدء بالخضوع له؟

لقد اكتشف دم في برازي.
طبيبي نصح بالتنظير القولوني. ما هو؟

والمزيد...

18. كيف أعرف أنني مصاب بسرطان القولون والمستقيم؟

مثل أمراض أخرى عديدة، مرضى سرطان القولون والمستقيم لا يشعرون بأعراض حتى تصبح السرطانات كبيرة نسبياً. للأسف، في ذلك الوقت، يمكن أن يكون السرطان قد انتقل إلى أعضاء اخرى، ويمكن للشفاء أن يكون مستحيلاً. إذن، الفحص الروتيني يبقى حجر الزاوية في التشخيص المبكر لسرطان القولون والمستقيم. وكلما نمت سرطانات القولون والمستقيم، مع ذلك، فإن علامات محذرة تبرز، وهذه يجب أن تدفعك لتحصل على تقييم طبي أكثر.

التغير في عاداتك المعوية هو أهم عارض مشترك لسرطان القولون والمستقيم.

إن تغير عاداتك المعوية هو عارض مشترك لسرطان القولون والمستقيم. سرطان القولون بإمكانه والمستقيم الحؤول دون المرور الطبيعي للبراز مشكلاً بذلك وظيفة معوية شاذة. بإمكانك ملاحظة مظهر برازك، فبعد أن كان كبيراً وكثيفاً يمكنه أن يصبح الآن ضيقاً ورفيعاً. من الممكن أن تصاب بالأمساك وتحتاج إلى أخذ مسهلات، في الوقت الذي لم تحتج إليها سابقاً. سرطانات المستقيم الكبيرة بإمكانها التسبب بإحساس أن المستقيم مليء وبأن عملية التبرز غير كاملة بعد القيام بها. إن حركات معوية صغيرة ومتكررة مصحوبة بالإلحاح، يمكن أن تؤشر على فقدان الفراغ في المستقيم نتيجة وجود ورم كبير. الألم الشرجي ليس بهذا الشيوع، مهما يكن، فإنه يمكن أن يكون مترافقاً مع السرطانات السفلى التي تخترق عضلات المصرة الشرجية. أخيراً ففي الحالات المتقدمة، بإمكان السرطانات أن تكبر إلى الدرجة التي تسبب فيها إمساكاً حاداً، نفخة بطنية، وحتى انسداداً كاملاً. ومع أن العديد من هذه الأعراض يمكنها أن تترافق مع نشاطات معوية عادية، فإن استمرت هذه التغيرات، فيتوجب عليك اللجوء إلى استشارة طبية فوراً.

تتسبب سرطانات القولون والمستقيم أيضاً باختلاط الدم مع البراز. مثلاً، سرطانات القولون والمستقيم تسبب نزيفاً عند ملامستها البراز المار. معظم هذا

النزيف صغير وغير ملاحظ في الحركات المعوية العادية. هذا يدعى النزيف "المتخفي" وهو شائع عندما تكون الأورام موجودة في الجهة اليمنى للقولون.

فقر الدم
تناقص في عدد خلايا الدم الحمراء.

وبالرغم من أن هذا النزيف عادة ما يكون قليلاً جداً كي يرى، فهو مستمر، وبمرور الوقت، من الممكن أن يسبب فقر الدم (تناقص في كريات الدم الحمراء بمجرى الدم). باستطاعة فقر الدم أن يجعلك تشعر بالتعب أو بالإجهاد السريع. وبالرغم من أن فقر الدم له مسببات عديدة فإن أي شخص مسن يشكو من فقر الدم يجب أن يخضع للفحص القولوني لاستبعاد وجود السليلات القولونية. النزيف الناتج عن سرطان المستقيم أشد وضوحاً، مع خطوط دماء حمراء فاقعة يمكن رؤيتها على البراز، ورق التواليت، أو في أرضية الحمام. ولهذا السبب يمكن أن يعتبر خطأً على أنه بسبب البواسير النازفة. يجب على

يرقان
الأعراض المرتبطة بفشل الكبد، خاصة اللون الأصفر في جلدك وبياض عينيك.

الطبيب أن يعاين أي نزف شرجي جديد، حتى ولو كنت تشكو من البواسير النازفة في السابق. أخيراً، إن أعراضاً بنيوية مثل التمدد البطني واليرقان (علامات فشل الكبد)، وألم العظام هي أشياء مشتركة كلها مع الأورام المتقدمة والانتشار الانبثاثي. هذه السرطانات لا يمكن علاجها جراحياً.

إنها لفكرة سيئة أن تنتظر حتى تتطور الأعراض.

وبالمختصر، فإن الأعراض الرئيسية الملاحظة مع سرطانات القولون والمستقيم هي التغير في العادات المعوية، فقر الدم، ونزيف المستقيم. لن يصاب معظم الناس بهذه الأعراض حتى يكون الورم متقدماً بصورة لا بأس بها. ولهذا السبب، إنها فكرة سيئة أن تنتظر حتى تنشأ الأعراض. إن الفحص لسرطان القولون والمستقيم يسمح بتمييز سرطان القولون والمستقيم في مراحل مبكرة، وهو لهذا يعطي إمكانيات أكبر لمعالجة السرطان بنجاح.

19. ما هو نوع الفحص المتاح، وبأي عمر يتوجب علي البدء بالخضوع له؟

نحن نعلم أن الفحص لسرطان القولون والمستقيم يؤدي إلى تشخيص أبكر للسرطان وهكذا فإنه يحسن توقعات العمر. لكن المشكلة، عموماً، هي إيجاد فحص فعال. ومن زاوية طبية محضة، فإن الفحص الناجح هو غير هجومي وغير مكلف، ويمكنه تشخيص المستتر بدقة في مرحلة يمكن معالجتها. إن لطاخة بابا نيكولاو، التي تميز باكراً سرطان عنق الرحم، كانت من أنجح الفحوص لتاريخه. يكشف الاختبار الحوضي السنوي خلل التنسج الرحمي، مما يفسح المجال للعلاج الجراحي. وهذا قلل من الوفيات الناتجة عن سرطان عنق الرحم بصورة ملحوظة. إن قياس مستوى المستضدات النوعية في دم البروستات قد أسفر عن كشف أبكر لسرطان البروستات. وعلى الرغم من أن الفحص المثالي لسرطان القولون ما زال غير موجودٍ حتى الآن، فإن الإفادة من مزيج من البحوث يصبح فعالاً بشدة للتشخيص وبفضل ذلك هبطت مستويات سرطان القولون.

الفحص لا يساعدك إن لم تخضع له.

لكن الفحص لا يفيد إن لم تخضع له. إن حقيقة كون أقل من 30% من السكان الأمريكيين يخضعون للفحص المناسب تظهر هذه النقطة وتبين أن فوائد إمكانية الخلاص ما تزال موجودة. الفحص لسرطان القولون والمستقيم عادة ما يكون بناءً لطلب طبيب عائلتك ويبدأ بفحص فيزيائي كامل بما في ذلك الفحص الأُصبعي للمستقيم، وبعض فحوص الدم الأساسية. تشمل الفحوص الأخرى فحص الدم المتخفي في البراز، التنظير السيني المرن، التنظير القولوني، وحقنة الباريوم (أنظر أسئلة 17 و20). حقنة الباريوم هي فحص شعاعي للقولون. لأن جُدُر القولون رفيعة جداً، فإنه لا يمتص الأشعة السينية جيداً ولا يمكنه إنتاج صورة جيدة للتقييم. مادة التباين ضرورية لتغليف

> **حقنة الباريوم**
> اختبار بأشعة – X للقولون تستخدم مادة تباين لتوضيح المنطقة الخاضعة للاختبار.

الجدار المعوي الذي يحدد الشواذات ويسهل الفحص الإشعاعي السيني . عادة ما تستعمل مادتان اثنتان. الأشد فعالية لتغطية الجدار المعوي هي مادة الباريوم، مادة كثيفة، طبشورية، وبيضاء. الغاستروغرافين هو سائل يستعمل عادة بدل الباريوم؛ ولكنه ليس بنفس الفعالية. يعطى الباريوم كحقنة تملأ القولون بكامله، ويمكن رؤية السليلات الكبيرة أو السرطانات في أشعة – X. هذا يدعى حقنة التباين الإفرادي. لتحسين الصورة أكثر حتى يمكن رؤية السليلات الأصغر والشواذات، يمكن للهواء أن ينفخ في القولون بعد الباريوم؛ وهذا يوسع التجويف ويحدث تبايناً مضاعفاً. إن فهماً أفضل يمكن تحقيقه بواسطة هذه التقنية المضاعفة.

النفخ

نفخ الهواء في تجويف الجسم.

وبالرغم من أنها يمكن أن تكون اختباراً غير مريح، فهناك القليل من المخاطر المرتبطة بحقنة الباريوم، ولا تتطلب أي نوع من المسكنات. مهما يكن، فحقنة الباريوم تتطلب تنظيفاً كاملاً للأمعاء من كل الفضلات. كما أنه من الضروري أن يبقى الباريوم داخل القولون لكامل مدة الاختبار.

حقنة الباريوم هي اختبار طبي ممتاز، لكن لها حدودها. إن حقنة الباريوم تميز الآفات القولونية في 80% من الأحيان، ولكن باستطاعتها تمييز السليلات الصغيرة التي تقل عن السنتيمتر الواحد في 50% – 60% فقط من الحالات. البراز المتبقي داخل القولون يمكنه تعقيد تحليل الصورة ويجعل من الأبحاث الأخرى أمراً ضرورياً. من المساوئ الأخرى أن حقنة الباريوم يمكن استعمالها فقط للتشخيص، ولا تسمح بالتدخلات العلاجية. لهذه الأسباب، فقد استبدلت إلى حد بعيد بالتنظير القولوني لتقييم كامل القولون. تستعمل حقنة الباريوم بصورة رئيسية للمرضى الذين لا يستطيعون الخضوع للتنظير القولوني.

اختبار الدم المختفي في البراز

فحص مخبري يفحص البراز بحثاً عن أثر مجهري للدم.

الفحوص يجب أن تكون بالحد الأدنى من الغزوية، سهلة التطبيق، وفائقة الحساسية. بهذه الطريقة، فإن شخصاً عنده مخاطر أكبر يمكن اختياره لطرق إضافية أكثر دقة. إن فحص الدم

المتخفي في البراز (FOBT) هو مثال على اختبار رخيص، غزوي في حده الأدنى، وشديد الدقة لسرطان القولون، والذي يمكن استخدامه لتمييز المرضى المحتاجين إلى مجهود أكثر.

إن فحوص FOBT تضبط الدليل المجهري للدم في البراز باستعمال تفاعل أنزيمي مع الهيموغلوبين، البروتين الحامل للأكسجين في الدم. يفحص البراز بحثاً عن الدم لأن سرطانات القولون تنزف عادة أكثر من الطبقة المخاطية القولونية العادية. حوالى ثلثي نزف السرطانات خلال الأسبوع، عادة تحدث دون أن تلاحظ. لأن هذه الأورام يمكنها أن تنزف بتقطع، فإنه كلما زادت العينات في أوقات مختلفة، كلما زادت إمكانية إيجاد نتيجة إيجابية بصورة صحيحة. سيسألك طبيبك أن تجمع ثلاثة عينات من البراز من مكانين مختلفين بواسطة قطعة خشبية. سيسألك عن ثلاثة نماذج بهذه الطريقة. هذه النماذج تفحص لاحقاً للكشف عن الدم.

الهيموغلوبين
بروتين في الدم مسؤول عن نقل الأكسجين.

FOBT هو فحص جيد. إنه غير مكلف، وسهل التطبيق، وحساس جداً، وهذا يعني أنه سيتعرف على أكثر من 90% من حالات السليلات الكبيرة أو السرطانات. مهما يكن، فإن عدداً كبيراً من التفاعلات الإيجابية يمكن تفسيرها بشواذات أخرى (نتائج إيجابية كاذبة). مثلاً البواسير المتضخمة، قرحات المعدة، اللثات النازفة بإمكانها كلها أن تعطي نتائج إيجابية كاذبة. إذاً، FOBT، بالرغم من حساسيته، فإن دقته محدودة ويستعمل لتحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مجهود إضافي، مثل التنظير القولوني أو حقنة الباريوم. إن FOBT عند إجرائه سنوياً، مع التنظير السيني المرن كل خمسة أعوام، هو فحص فعال. مهما يكن، فالتنظير القولوني ينظر الكثيرون إليه على أنه الفحص النموذجي الأشد فعالية المتاح حالياً. بالنسبة للأفراد ذوي المخاطر المعتدلة، يجب أن يبدأ الفحص عندهم بعمر الـ 50 (أنظر سؤال 24).

20. لقد اكتشف دم في برازي. طبيبي نصح بالتنظير القولوني. ما هو؟

المرضى الذين هم في مخاطر عالية لسرطان القولون، أو الذين لديهم كشوفات شاذة في فحص الدم المتخفي في البراز، يحتاجون إلى تقييم أكثر باستعمال المنظار الداخلي (آلة مضاءة تستخدم للنظر داخل تجويف الجسم) أو حقنة باريوم مع اختبار منظاري. التنظير القولوني أصبح أساس العناية لفحص السرطان، والألوف منه تجرى يومياً عبر الولايات المتحدة.

تنظير داخلي
آلة مضاءة تستخدم للنظر داخل تجويف الجسم.

التفميم القولوني
فوهة (فافة من الأمعاء تؤخذ جراحياً إلى الخارج خلال الجدار البطني) وتكوّن باستعمال القولون.

التنظير الداخلي هو استخدام آلات مضاءة للنظر داخل عضو مجوف. في البدء، المنظار الداخلي كان صلباً ويسمح باختبارات محدودة للمريء وللقولون المستقيم السيني. بعض هذه الآلات ما زال مستخدماً اليوم بكثرة. إن كان لديك أعراض المستقيم أو الشرج فإن باستطاعة طبيبك استعمال منظار صلب يدعى منظار المستقيم. هذه الآلة يبلغ طولها فقط من 20 – 25 سنتيمتراً وبإمكانها التعرف على البواسير أو السليلات في الجزء السفلي من القولون والمستقيم. وبالرغم من أن هذه الطريقة هي غير مريحة، فإن منظار المستقيم الصلب غير مؤلم ولا يحتاج إلى مسكنات.

مع تقدم تقنية الألياف البصرية الضوئية، فإن المناظير الداخلية المرنة قد تم تطويرها وبإمكانها التكيف مع الثنيات والمنعطفات داخل القولون. هذه المناظير بإمكانها عرض صور مرئية على شاشات تلفزيونية وتكون مكبرة جداً لتقييم أسهل. تحتوي هذه المناظير على أقنية خاصة تسمح بوضع أجهزة مباشرة داخل القولون لأخذ خزعات أو إزالة السليلات.

الخزع
عملية يتم خلالها اقتزاع نسيج وفحصه.

المنظار السيني الطيّع هو منظار قصير من الألياف البصرية بإمكانه استكشاف النصف الأسفل من القولون. إنه بحدود 60 سنتيمتراً طولاً وتقريباً بثخانة

التنظير القولوني السيني

اختبار للقولون السيني بواسطة منظار.

إصبعك الصغيرة. التنظير السيني الطيّع هو عملية متنقّلة تجري في عيادة طبيبك. إنها لا تستدعي أخذ مسكن، وكامل العملية يستغرق فقط من 5 إلى 10 دقائق. يضخ الهواء (ينفخ) إلى القولون، موسعاً بذلك الأمعاء حتى يتمكن طبيبك من رؤيتها بصورة كاملة. إن الغاز الذي تم ضخه سوف يعطيك شعوراً غير مريح بالانتفاخ، لكن لا يعني ذلك أنه مؤلم. خلال العملية قد تشعر بدافع لتحريك أمعائك، أو أنك تشعر أنك تحركها فعلاً. هذا شعور عادي بسبب مرور المنظار والهواء الذي يتم ضخه. لا تشعر بالخجل إذا اضطررت للتخلص من بعض الغازات خلال العملية، لأن ذلك عادي جداً. التنظير السيني الطيّع بإمكانه تصوير المستقيم والجزء الأسفل من القولون؛ لكن، الجزء الأعلى من القولون لا يتم تقييمه. وهكذا فمن الممكن أن يتم تجاوز السليلات أو حتى السرطانات بطريقة التنظير السيني الطيّع. لهذا السبب، هناك اتجاه نحو استعمال التنظير القولوني بدلاً من التنظير السيني كأساس يتم اختياره للفحص.

التنظير القولوني هو فحص أكثر اكتمالاً للقولون من التنظير السيني الطيّع. المنظار القولوني يبلغ طوله 6 أقدام (180 سنتيمتراً) ويفحص كامل القولون. ولأن المنظار يمر عبر كل المنعطفات داخل القولون، بما فيها المنعطفات الكبيرة، فهو مريح بدرجة أقل ويستوجب مسكناً ليجعلك تشعر براحة أكثر. لهذا السبب، وبالرغم من أن التنظير السيني الطيّع بإمكانه أن يجرى في عيادة طبيبك كعملية متنقّلة، فإن التنظير القولوني يجري في وحدات مناظير داخلية متخصصة، حيث أنك ستكون تحت المراقبة نظراً لاستعمال المسكن. وبالرغم من أنك ستبقى مستيقظاً خلال هذا التنظير الداخلي وأن بإمكانك تنفيذ بعض التعليمات البسيطة (مثل "انقلب" أو "أطوِ رجليك")، فإنك ستكون في منطقة "الغسق" وغالباً لن تتذكر أي جزء من العملية. إن تنظيراً قولونياً عادياً يأخذ من الوقت 15 إلى 30 دقيقة، لكن في بعض الحالات قد يستغرق أكثر. التنظير القولوني يصبح أكثر صعوبة أو مستحيلاً عند المرضى الذين خضعوا لجراحة بطنية أو الذين لديهم قولونات طويلة.

إن تحضير الأمعاء الذي يستوجبه التنظير القولوني يختلف عن ذلك الذي يستوجبه التنظير السيني. قبل التحضير للتنظير السيني الطيِّع، تُستعمل حقنتان سريعتان ساعة أو ساعتين قبل الفحص، ولا لزوم لأي تغيير غذائي. لكن التنظير القولوني يستوجب تنظيفاً لكامل القولون وهو أعمق. يبدأ التحضير في اليوم السابق بالالتزام بأغذية سائلة فقط. إن نظام تنظيف الأمعاء يبدأ لاحقاً في الصباح، ويستَخدم لذلك مستحضر الأمعاء. تتوفر عدة مستحضرات تجارية. غوليتلي، هو ما يوصف عادة، ويستوجب استهلاك غالونٍ واحدٍ من السوائل. وهو متوفر بعدة أشكال من المذاقات وفعال جداً في إفراغ القولون؛ على أية حال يجب أخذ كامل المحلول للحصول على نتائج كاملة. الفوسفوصودا السريعة تأتي على دفعتين صغيرتين وتؤخذ مع العصير. عموماً لها فعالية مماثلة لغوليتلي ولكن تحملها أسهل. التحضيرات المعوية الأخرى متوفرة وبإمكان طبيبك أن يصفها لك.

كل محاليل التحضيرات المعوية تسبب إفراغاً سريعاً للأمعاء. بعد ساعات قليلة من البدء بالحِميَة، انتظر أن تذهب إلى الحمام مراراً. من السهل أن يحدث تجفاف خلال التحضير، لذا يتوجب عليك أن تشرب الكثير من السوائل العذبة خلال اليوم. بالإضافة إلى ذلك، فهذه الملينات (خصوصاً الفوسفوصودا السريعة) تغير الانحلال الكهربائي في الدم ويتوجب أخذها بحذر بالنسبة للمرضى الذين يعانون من مشاكل في الكلى أو أمراض قلبية. عندما تصبح تحركاتك المعوية سائلاً شفافاً، فإن هذا مؤشر كافٍ بأنك قد أكملت تحضرك بشكل كافٍ. استمر بشرب الكثير من السوائل خلال اليوم. أيضاً يتوجب عليك أن تتناول أدويتك صباح يوم العملية مع قليل من الماء (هناك استثناءات قليلة لذلك؛ أنظر سؤال 21). وبسبب أنك ستخضع للمسكنات خلال عمليتك للتنظير القولوني، فيتوجب على صديق أو فرد من العائلة أن يرافقك إلى بيتك. ولا يوجد استثناءات لذلك. ومع أنك قد لا ترغب بالعودة إلى عملك، فإنك حر كي ترجع لممارسة نشاطاتك المعتادة لاحقاً في ذلك اليوم.

21. أليس التنظير القولوني خطراً؟

التنظير القولوني هو عملية آمنة جداً. مهما يكن، كأي تدخل طبي، فإنه يحمل

بعض المخاطر، ولو أنها صغيرة، لمضاعفات ناتجة عنها. المضاعفات الرئيسية للتنظير القولوني هي نزيف ما بعد العملية والتثقيب القولوني (الانثقاب). يحدث النزيف في 3 حالات من كل 1000 عملية تنظير قولوني وهي شائعة أكثر بين المرضى الذين يحتاجون إلى تدخل علاجي، مثل إزالة السليلات أو أخذ خزعات. النزيف يكون أكثر ندرة بعد عملية تنظير قولوني بسيط. المرضى الذين يتعاطون أدوية لاشحمانية مضادة للالتهابات، مثل الأسبرين وأبيوبروفن، والمرضى الذين يأخذون أدوية مسيلة للدم، مثل هيبارين ووارفارين (كومادين)، هم في مخاطر أكبر لمضاعفات النزيف. لهذا السبب، أسبرين والأدوية اللاشحمانية المضادة للالتهابات الأخرى مثل أبيوبروفن (أدفيل أو مورتن) يجب ومن المستحسن إيقافها أسبوعين قبل التنظير القولوني. كومادين يجب إيقافه أياماً عدة قبل العملية، ولكن فقط تحت المراقبة الصارمة من قبل الطبيب. قطعاً يجب عليك عدم إيقاف تناول الكومادين حتى يأمرك طبيبك بأن تفعل ذلك. تقريباً كل حالات النزيف بعد إزالة السليلات تتوقف من تلقاء نفسها بدون تدخل علاجي لاحق، لكن الحالات القوية يمكن أن تستدعي نقل دم. حالات نادرة أخرى من النزيف المستمر يمكن أن تتطلب تدخلات لاحقة، مثل إعادة التنظير القولوني، تخطيط الأوعية، وحتى جراحة.

التثقيب خلال الجدار المعوي كنتيجة للتنظير القولوني هو نادر أكثر، وهو يحدث في واحدة من أصل 1000عملية. عادة ما يحدث ذلك بإحدى طريقتين. الرّضحي الأقل هو "التثقيب المجهري" القليل الذي ينتج من الحرارة الزائدة الناتجة عن الكي الكهربائي المستعمل خلال إزالة السليلات. وهذا يمكن معالجته بنجاح عموماً عن طريق الملاحظة، النظام الغذائي، والمعالجة المضادة للالتهابات؛ الجراحة عادة غير ضرورية. التثقيب الأكثر أهمية يمكن حدوثه كنتيجة لتحريك المنظار في قولون ذي منعطفات صعبة، عادة كنتيجة لجراحة سابقة. ومع أنها نادرة الحدوث جداً، فإن هذه الشقوق تستدعي كشفاً وإصلاحاً جراحياً سريعاً. في حالات صعبة، فإن فوهة مؤقتة (لفافة من الأمعاء تخرج جراحياً لخارج البطن من خلال الجدار البطني) يمكنها أن تكون ضرورية.

فوهة (شرج صناعي)
لفافة من الأمعاء تؤخذ جراحياً إلى الخارج من خلال الجدار البطني.

22. ما هو التنظير القولوني الافتراضي؟

الفحص الإشعاعي المبرمج
فحص إشعاعي يستخدم أشعة – X لإنتاج صورة كمبيوتر ثلاثية الأبعاد للمنطقة التي يتم فحصها مسحياً. في الأشخاص المشخصين بسرطان القولون والمستقيم، فحص CT المسحي يستعمل مبدئياً لتقييم الكبد بحثاً عن انتشار النقائل.

التنظير القولوني الافتراضي هو مزيج من تقنيات الكمبيوتر وتقنيات علم الأشعة. إن التنظير القولوني الافتراضي، شأنه في ذلك شأن حقنة الباريوم، هو فحص شعاعي، ولكن بدلاً من استخدام أشعة – X المسطحة المعتادة للصور، فإنه يستخدم جهاز التصوير الإشعاعي المبرمج (CT) لتظهير صور كمبيوترية لكامل القولون. بعد أن يملأ القولون بالهواء، فإن ماسحة (CT) للقولون تستخدم لإنتاج عدة صور مقطعية للبطن. يتولى برنامج معلوماتي تحويل صور أشعة – X إلى صور ثلاثية الأبعاد للقولون. وكما في لعبة فيديو كمبيوترية، يستطيع طبيبك أن "يتجول" خلال هذه الصور الكمبيوترية، باحثاً عن أي ضرر مشبوه.

إن دقة التنظير القولوني الافتراضي كانت جيدة في المحاكاة الأولى، وخاصة للسليلات الأكبر. بينت الدراسات أن التنظير القولوني الافتراضي يمكنه أن يميز 95% من سليلات تبلغ 1 سم من التي ترى بواسطة المنظار القولوني، ولكن فقط 25% من تلك التي تبلغ أقل من 5 مم. إذاً مع أنها تحمل مخاطرة دنيا للجروح القولونية، فإنها ليست في الوضع المناسب لتحل محل التنظير الداخلي. من المساوئ الأخرى أنه يمكن استخدامها فقط للتشخيص، والتنظير القولوني الحقيقي يبقى ضرورياً لتقييم كل المكتشفات الشاذة. التنظير القولوني الافتراضي يبقى بحاجة لتحضير معوي كامل ونفخ غير مريح للغاز داخل القولون. التنظير القولوني الافتراضي هو أيضاً مكلف، خصوصاً إذا أخذنا بعين الاعتبار أنه لا يسمح لطبيبك أو طبيبتك أن يزيل أي سليلات يمكن العثور عليها. مهما يكن، إنها أداة فعالة للمرضى الذين لا يستطيعون الخضوع للتنظير القولوني ويمكن أن يكون له فائدة في الفحوصات المستقبلية لسرطان القولون والمستقيم.

23. لماذا لا يوجد فحص دم بإمكانه التعرف على مرضى سرطان القولون؟

مستوى المستضد السرطاني المُضْغي
فحص للكشف عن البروتين الناتج عادة عن سرطان القولون. يستعمل مبدئياً كفحص مستكشف لسرطان قولون ومستقيم عائد.

إنه لأمر نموذجي لو كان هناك فحص دم بسيط بإمكانه التعرف على المرضى المعرضين لنشوء سرطان القولون أو الذين لديهم السرطان. للأسف، فإن البحث عن واسم في الدم لسرطان القولون لم يكن ناجحاً كما هي الحال في الأمراض الأخرى. إن الفحص الأقرب المتاح لجراحة سرطان القولون والمستقيم هو مستوى المستضد السرطاني المُضْغي (CEA). CEA هو بروتين ينتج في الطبقة المخاطية لخلايا مخاطية معدية معوية طبيعية. إن مستوى مرتفع لـ CEA يربط عادة بسرطان القولون. مهما يكن، بالرغم من أن CEA موجود بكثافة في القولون والمستقيم، فإنه يظهر في الأعضاء الأخرى أيضاً. لهذا السبب، فإن ارتفاع مستوى CEA يمكن أن لا يعني أن سرطان القولون موجود. على سبيل المثال، سرطان الثدي، البنكرياس، المعدة، المثانة، الغدة الدرقية، والرئة يمكنها كلها أن تسبب ارتفاعاً في مستويات CEA بسبب تناقص الاستقلاب في الكبد المريض. مستوى CEA يمكن أن يرتفع في المدخنين المزمنين. أظهرت دراسات أجريت خلال السبعينات من القرن العشرين أن استعمال CEA كفحص هو غير فعال. كان هناك العديد من النتائج الإيجابية الكاذبة (عندما يظهر فحص ما على أنه إيجابي، لكنه بالحقيقة سلبي)، التي أدت إلى فحوص غزوية غير ضرورية. لذلك لا يستعمل CEA كفحص لسرطان القولون والمستقيم.

يستخدم CEA غالباً للمتابعة بعد جراحة سرطان القولون والمستقيم. في بعض المرضى إن مستوى CEA المرتفع هو العلامة الأولى لتكرر السرطان. ما أن يبدأ المستوى بالارتفاع، فإن دراسات إضافية، بما فيها مسح CT، ومسح انبعاث كهيربي مقطعي (PET) (أنظر سؤال 32)، أو تنظير قولوني يمكن أن تجرى كلها للبحث عن مرض متكرر. إن CEA المستخدم كجزء من البحث بعد العملية

الجراحية ثبت أنه يكشف المرض المتكرر 5 أشهر تقريباً أبكر من الفحص الفيزيائي وحده. الدور الرئيسي لاستخدام فحص CEA هو في المتابعة الطويلة الأجل للسرطان.

24 . حسناً لقد أثبتّ رأيك بأن الفحص المسحي هو حيوي في منع سرطان القولون والمستقيم. كإنسان عادي، أي نوع من الفحص يجب أن أخضع له؟

لنبدأ من الأساسيات، كأخصائيي عناية صحية، نحن ندرك بأن أحداً لا يريد الذهاب إلى الطبيب لفحص سرطان القولون والمستقيم. اختبار المستقيم الأُصبعي، تنظير المستقيم الجامد، والتنظير القولوني هي عمليات غير مريحة لدرجة يجدها بعض الناس مخجلة. مهما يكن، هذه الفحوص هي الأساس في الوقاية، التشخيص الناجح، ومعالجة سرطان القولون والمستقيم. كلما طال التأخر بالفحص، كلما زادت المخاطرة بأن سليلة صغيرة، والتي كان من الممكن إزالتها بسهولة في البداية، ستكبر وتشكل سرطاناً.

البروتوكولات المناسبة لفحص سرطان القولون والمستقيم وضعت منذ 1990 (جدول 2). حديثاً، راجع اتحاد السرطان الأمريكي هذه الإرشادات وذلك بتقسيم المرضى إلى واحد من ثلاثة مجموعات: المتوسطة، المعتدلة، وذوي المخاطر العالية. سوف نتبع نصائح الاتحاد الأمريكي لجراحي القولون والمستقيم، والمشابهة لتلك التابعة لاتحاد السرطان الأمريكي (جدول 2).

يشتمل الفحص على مزيج من فحص الدم المتخفي في البراز، التنظير السيني الطيّع، والتنظير القولوني. أي نوع من الفحوص تحتاج إليه يعتمد على مخاطرك لنشوء سرطان القولون والمستقيم. ذوو المخاطر المتوسطة هم الأشخاص الذين لا يملكون سجلاً عائلياً لسرطان القولون والمستقيم، وليس لديهم سجلٌ شخصيٌ للسليلات القولونية، وأيضاً ليس لديهم بصورة مجتمعة أمراض طبية مثل FAP، HNPCC، أو داء الالتهاب المعوي (أنظر سؤال 14). المرضى ذوو المخاطر المعتدلة إلى العالية عندهم المزيد من عوامل المخاطرة الإضافية هذه. سوف نناقش

بعض الإرشادات الأكثر شيوعاً فيما يلي، كما أنها ملخصة في جدول 2.

المخاطر المتوسطة: معظم السكان ينتمون إلى فئة المخاطرة المتوسطة. فحص سرطان القولون والمستقيم يجب أن يبدأ بعمر الـ 50. واحد من أكثر نظم الفحص الذي ينصح به يتضمن فحص المستقيم الأُصبعي وفحص الدم المتخفي في البراز سنوياً، والتنظير السيني الطيِّع مرة كل 5 سنوات. النتائج الشاذة في FOBT أو الفحص السيني الطيِّع تستوجب فحص كامل القولون بواسطة التنظير القولوني. طريقة بديلة للفحص للأفراد المتوسطي المخاطرة هي التنظير القولوني كل 5-10 سنوات. بالرغم من أن هذه الطريقة للفحص لم تدرس بعد بكثافة، يوجد دليل غير مباشر يوحي بأن هذه التقنية هي فعالة. أوحت دراسة حديثة أن التنظير القولوني هو الأكثر فعالية لأن بإمكانه تقييم الجهة اليمنى من القولون، والتي تكون غير مرئية للتنظير السيني. لقد كان هذا الأمر دافعاً لتغيير السياسة الحكومية؛ العناية الصحية تغطي الآن استعمال التنظير القولوني للكشف عن السرطان. وفي حال الكشف عن وجود السليلات بالتنظير القولوني، سوف يتم ترفيعك إلى الفئة الأكثر مخاطرة ولسوف تحتاج إلى فحص إضافي في المستقبل.

تاريخ شخصي لسليلات قولونية مستقيمية ورمية غدية: حال إصابتك بسليلات ورمية غدية في قولونك، فإنك تصبح في وضع مخاطرة أكبر لنشوء سليلات أكبر أو حتى لسرطان. لهذا السبب سوف تحتاج إلى فحوص أكثر. الدراسة الوطنية للسليلات بينت بوضوح فاعلية التنظير القولوني في منع السرطان في مرضى مع تاريخ سليلات قولونية. لقد كرروا التنظير القولوني في هؤلاء المرضى وأظهروا أن حدوث السرطان كان 90% أقل من الفئة التي لم تخضع لهذا الفحص . إضافة لذلك، وبالرغم من أن التنظير القولوني هو دقيق جداً في التعرف على السليلات، فإن حوالى 10% إلى 15% من السليلات يمكن عدم ملاحظتها خلال التنظير القولوني الأولي. ولهذا، فإن المرضى الذين يعرفون بإصابتهم بسليلات ورمية غدية أو سليلات متعددة في التنظير القولوني يجب عليهم إعادة الاختبار بعد مرور سنة. إذا كان الاختبار المعاد أظهر قولوناً نظيفاً، فإن الفحص يمكن إجراؤه كل 5 سنوات.

جدول 2. إرشادات الفحص لاتحاد جراحي القولون والمستقيم

المخاطرة	الطريقة	العمر عند البدء	التكرار
I. مخاطر قليلة إلى متوسطة	فحص المستقيم الأصبعي واحد ما يلي:	50	سنوياً
أ. لا أعراض – لا عامل مخاطرة	فحص الدم المتخفي في البراز وفحص سيني طيّع أو	50	سنوياً FOBT، تنظير سيني طيِّع كل 5 سنوات
ب. لا سرطان قولون ومستقيم في أقارب الدرجة الأولى	فحص قولوني كامل (تنظير قولوني أو حقنة تباين مضاعفة وتنظير المستقيم والسيني)	50	كل 5 – 10 سنوات
II. مخاطر معتدلة	تنظير قولوني	40، أو 10 سنوات	كل 5 سنوات
أ. سرطان قولون والمستقيم في قريب من الدرجة الأولى بعمر 55 أو أقل، أو اثنين أو أكثر من أقارب الدرجة الأولى في كل الأعمار	تنظير قولوني	قبل عمر أصغر حالة، أيهما أبكر	
ب. سرطان قولون ومستقيم في قريب درجة أولى بعمر يفوق 55	تنظير قولوني	50، أو 10 سنوات، قبل الحالة الأصغر سناً أيهما يأتي قبلاً	كل 5-10 سنوات
ج. تاريخ شخصي لسليلات كبيرة (< 1 سم) أو سليلات قولونية متعددة بأي حجم	تنظير قولوني	سنة واحدة بعد إزالة السليلات	إذا سليلات متكررة، سنة. إذا حالة عادية، 5 سنوات
د. تاريخ شخصي لحالة خبيثة قولونية مستقيمة – مراقبة بعد استئصال جزئي لغاية شفائية	تنظير قولوني	سنة بعد الاستئصال الجزئي	إذا حالة عادية، 3 سنوات. إذا استمرت عادية، 5 سنوات إذا حالة شاذة، كما في الأعلى
III. مخاطر عالية			
أ. تاريخ عائلي لسليلات ورمية غدية وراثية FAP	تنظير سيني طيّع، فكر في استشارة جينية، فكر بفحص جيني	12-14 (البلوغ)	كل 1-2 سنوات

المخاطرة	الطريقة	العمر عند البدء	التكرار
ب. تاريخ عائلي للسرطان اللاسليلي الوراثي (HNPCC)	تنظير قولوني، فكر في استشارة جينية، فكر بفحص جيني	40-21 40	كل سنتين سنوياً
ج. داء معوي التهابي			
1. التهاب القولون في الجهة اليسرى	تنظير قولوني	15 سنة بعد المرض	كل 1-2 سنوات
. التهاب القولون الشامل	تنظير قولوني	السنة 8 بعد المرض	كل 1-2 سنوات

تاريخ عائلي بسرطان القولون والمستقيم أو ورم غدي: الأشخاص الذين لهم قريب من الدرجة الأولى يحمل سرطان القولون والمستقيم أو ورماً غدياً قولونياً مستقيميّاً يجب عليهم الخضوع لفحص أكثر عمقاً نظراً لتعرضهم لمخاطر زائدة لسرطان القولون والمستقيم. الفحص يجب أن يبدأ بسن 40، أو 10 سنوات قبل أبكر إصابة شخصت للسرطان، أيهما أبكر. إن تكرار الفحص يمكنه أن يتبع للمرضى ذوي المخاطر المتوسطة، باستثناء أنه يجب البدء به أبكر. إن كان لك سجلاً عائلياً مليئاً، لأقرباء درجة أولى مصابين بسرطان القولون والمستقيم، وبعضهم قد نشأ لديهم في سن مبكرة، عندها يمكن أن تكون مصاباً بواحد من المتلازمات اللاسليلية الوراثية (متلازمة لينش). يجب عليك أن تبحث عن استشارة جينية في مؤسسة مختصة بهذه الأمور.

تاريخ للداء المعوي الالتهابي: إن الأفراد مع داء معوي التهابي يحتاجون إلى فحص التنظير القولوني الذي يجب أن يبدأ 8 سنوات بعد التشخيص الأولي. التنظيرات القولونية المكررة ضرورية كل 1-2 سنتين بعده. خلال هذه الفحوصات، فإن عينات عشوائية عديدة لخزعات من الطبقة المخاطية يجب أخذها تقريباً كل 10 سنتيمترات للبحث عن تكوّن ورمي متخفٍ (مُخَبًأ). استئصال القولون والمستقيم (الإزالة الجراحية للقولون والمستقيم) تكون ضرورية في مرض خلل التنسج الخفيف إلى عالي الدرجة، نظراً لحدوث نسبة عالية من سرطانات القولون والمستقيم الخفيّة بسببه.

تاريخ مع FAP: من الأفضل أن تجري متابعة المرضى والعائلات مع تاريخ FAP في مؤسسات تستطيع أن تنصح بالاستشارة الجينية المناسبة وماهية العمل. عندما يكون الفحص الجيني غير ممكن فإن التنظير السيني الطيّع يجب أن يبدأ في عمر 12 ويكرر كل سنة إلى سنتين حتى عمر الأربعين. حالما يجرى تحديد السليلات بواسطة الفحص السيني وتشخيص الـ FAP المؤكد، عندها فإن الاستئصال القولوني المستقيمي (الإزالة الجراحية للقولون والمستقيم) يجب أن يبحث. إضافة لذلك، ولأن الأشخاص المصابين بالـ FAP معرضون أكثر لسليلات الاثني عشر، فإن التنظير الداخلي الأعلى يجب أن يجرى عندما يكون قد شخّص الـ FAP منذ البداية، وكل سنة إلى 3 سنوات من بعد ذلك.

سجل مع HNPCC (السرطان القولوني اللاسليلي الوراثي): المرضى الذين يشك بأنهم مصابون بـ HNPCC يجب أن يخضعوا للفحص في سن الـ 21 . ونظراً لارتباط سرطانات الجهة اليمنى بهذه المتلازمة، فإن التنظير السيني الطيّع ليس كافياً، والتنظير القولوني الكامل يصبح ضرورياً. التنظير القولوني يجب أن يكرر كل سنتين حتى عمر الـ 40، ومن بعدها كل سنة. الفحص الجيني يمكن أن يساعد بالتعرف على المرضى المصابين بطفرات جينية التي تحدث عند الأشخاص المصابين بـ HNPCC. الفحص للأورام المرتبطة ينصح به أيضاً.

تاريخ شخصي مع سرطان القولون والمستقيم: المرضى الذين قد خضعوا لجراحة سرطان القولون والمستقيم يجب أن يكرروا التنظير القولوني بعد سنة. بعد دراسة عادية، الكشف الروتيني كل 3 سنوات يمكن أن يبدأ. المرضى الذين قد خضعوا لعملية قطع أمامي سفلي (أنظر سؤال 36) لسرطان المستقيم بإمكانهم الخضوع لفحوصات متكررة بواسطة تنظير المستقيم الجامد أو التنظير السيني الطيّع. المتابعة الإضافية يتم مناقشتها في الأقسام التالية.

إن كنت فوق الخمسين ولم تخضع بعد لتنظير القولون، فلا تتأخر!

الفحص هو الأساس للتشخيص المبكر لسرطان القولون، ويستخدم مزيجاً من فحص الدم المتخفي في البراز، التنظير السيني، والتنظير القولوني. مهما يكن، اعتماداً على دراسات حديثة، فإن الفحص الأولي والمتابعة بواسطة التنظير القولوني قد أصبح الطريقة المفضلة للفحص بين الأشخاص ذوي المخاطر المتوسطة. وعليه إذا كنت من ذوي المخاطر المتوسطة، وفوق الخمسين سنة من العمر ولم تخضع بعد لتنظيرك القولوني، لا تتأخر.

25. هل يجب عليّ استشارة طبيب للجهاز الهضمي أو جرّاحٍ يختص بسرطان القولون والمستقيم للفحص؟

طبيب الجهاز الهضمي

دكتور صحة متخصص في اضطرابات القناة الهضمية.

إن **طبيب الجهاز الهضمي** هو طبيب صحة مختص في اضطرابات القناة الهضمية GI، داء القرحة الهضمية الأكثر انتشاراً، التهاب الكبد، مرض الالتهابات المعوية. يُجري أطباء الجهاز الهضمي التنظير الداخلي للقناة GI العليا والسفلى.

جرّاحو سرطان القولون والمستقيم

أطباء يتخصصون في جراحة الاضطرابات الحميدة والخبيثة للقولون والمستقيم؛ يجرون أيضاً تنظيراً داخلياً للقناة الهضمية السفلى.

جرّاحو سرطان القولون والمستقيم يختصون في جراحة الاضطرابات الحميدة والخبيثة للقولون والمستقيم، وأيضاً يجرون تنظيراً داخلياً للقناة GI السفلى. جرّاحو سرطان القولون يعالجون المشاكل الحميدة للقناة الشرجية، مثل البواسير، والخراجات. بالإضافة لذلك، فإنهم يجرون جراحة إزالة سرطان القولون وسرطان المستقيم. عدة جراحين لسرطان القولون والمستقيم ماهرون أيضاً في تقنيات التنظير البطني لجراحة القولون. الجراحون وأطباء الجهاز الهضمي كلاهما يجرون التنظير القولوني واستئصال السليلات القولونية (الإزالة الجراحية للسليلات) وهم مؤهلون لفحص السرطان. وإذا كانت الجراحة ضرورية، فإن طبيبك للجهاز الهضمي سوف يحيلك إلى جرّاح.

استئصال السليلات

الإزالة الجراحية للسليلات.

26. في حالة إجرائي لتنظير قولوني أكون قلقاً إن وجد طبيبي سليلة، وأحتاج إلى جراحة. هل كل السليلات يجب إزالتها بجراحة رئيسية؟

بالقطع لا؛ فمعظم السليلات يمكن إزالتها بتقنيات تستعمل خلال التنظير القولوني. يمكن إدخال آلات خاصة بإمكانها أخذ خزعات، إزالة، أو تدمير السليلات وهذه تستخدم التيار الكهربائي حتى يمكن كيّ الأنسجة وتقليل النزف.

معظم السليلات يمكن إزالتها بتقنيات مستعملة خلال تنظير القولون.

المخاطرة الأولى في إزالة السليلات بواسطة التنظير القولونية هي النزيف بعد إزالة السليلة. الأشخاص الذين يشكون اضطرابات نزفية أو الذين يتناولون الأسبرين أو NSAID (أدوية لاشحمانية مضادة للالتهابات) هم في مخاطر أكبر للنزيف. إذا كنت تتناول مسيلاً للدم مثل كومادين، عليك باستشارة طبيبك إن كان عليك التوقف عن تناوله لبضعة أيام قبل تنظيرك القولوني وذلك لمنع النزيف في موقع الجراحة. مخاطرة أخرى، نادرة (< 1%) هي إحداث ثقب في الجدار القولوني. يمكن لهذا أن يكون له عواقب خطيرة، وحسب خطورته، يمكن أن يستدعي جراحة فورية.

معظم السليلات يمكن إزالتها بواسطة المنظار القولوني. مهما يكن، بعض السليلات الموجودة في أماكن صعبة من القولون أو هي كبيرة جداً لا يمكن إزالتها بهذه الطريقة. لأن الجهة اليمنى للقولون هي رقيقة جداً، فإن السليلات الكبيرة هنا لا يمكن إزالتها بسبب خطر التثقيب القولوني. في هذه الحالات، يمكن أن يحتاج الأمر إلى عملية بطنية لإزالة ذلك القسم من القولون المحتوي على السليلة. يمكن استعمال تقنيات تنظير جوف البطن أيضاً (أنظر سؤال الـ 42).

27. بعد الخضوع للتنظير القولوني، كم سيطول الانتظار قبل أن أعرف أن السليلة تحوي سرطاناً أم لا؟

بعد خضوعك للتنظير القولوني، فإن طبيبك سوف يناقش النتائج باختصار معك أو مع رفيقك. وبسبب أن تأثيرات التخدير يمكنها أن تطول قليلاً، فمن الممكن أن لا تتذكر ما يخبرك به الطبيب. احرص على الاتصال بطبيبك خلال الأيام القليلة التالية إن كانت لديك أية أسئلة. السليلات المزالة خلال التنظير القولوني ترسل إلى التقييم المَرَضيّ (اختبار ميكروسكوبي) والتقارير النهائية عادة ما تكون جاهزة خلال بضعة أيام. معظم السليلات هي حميدة (ليست سرطانية). الاختبارات المجهرية سوف تقرر طبيعة السليلات وما إذا كان خلل التنسج (نمو شاذ للخلية) أو المسرطنات (السرطان) موجوداً. السليلات المختلة التنسج تعالج بإزالتها بواسطة التنظير القولوني. السرطانات الغزوية يمكن أن تستدعي جراحة إضافية (أنظر سؤال 29).

القسم الرابع

المعالجة

ما هي مرحلة سرطان؟

إن كانت سليلتي السرطانية قد استؤصلت كلياً بالتنظير القولوني، لماذا يبقى احتمال احتياجي إلى الجراحة

بعد أن يتم تشخيصي بسرطان القولون والمستقيم، كم سيطول انتظاري قبل خضوعي للجراحة؟

والمزيد...

إجراءات تشخيص ما قبل الجراحة؟

28. ما هي مرحلة سرطان؟

كأطباء، إنه أمر بمنتهى الأهمية لنا أن يكون لنا لغة مُوَحَّدة، لتوصيف سرطانات القولون، لعدة أسباب. يأتي في أولها، وأهمها إطلاقاً، أن مسيرة ما بعد العلاج تعتمد على كثافة وانتشار سرطانك عند التشخيص الابتدائي. الأورام التي انتشرت (انبثت) للأعضاء الأخرى هي في الوقت نفسه هجومية أكثر ومتقدمة أكثر من الأورام الصغيرة المحدودة بالجدار المعوي. ثانياً فإن نظاماً متماسكاً يسمح لنا بتمرير معلومات إضافية للأطباء الآخرين وبضبط خطة علاجية دقيقة. إنه يسمح لنا بتحديد المرضى الذين يجب إخضاعهم للبحث بواسطة بروتوكولات ومحاولات علاجية كيميائية. مثلاً، الأورام الصغيرة تعالج فقط بالجراحة، في الوقت الذي تحتاج فيه أورام متقدمة أكثر إلى مزيج من الجراحة والعلاج الكيميائي. تحديد مراحل الورم هي اللغة التي يستعملها الأطباء لوصف طبيعة الورم، وفي الوقت نفسه مدى الانتشار القريب والبعيد.

مرحلة
توصيف مدى نمو الورم وانتشاره.

تحديد مراحل الورم يعتمد على ثلاثة قياسات: عمق الورم (T)، دليل انتشار العقد الليمفاوية (N)، وأخيراً وجود أو غياب النقائل (M). هذه الأساسيات تكون نظام TNM لتحديد مراحل سرطان القولون والمستقيم (جدول 3 و4).

T **(عمق الورم)**: مرحلة T تحدد مدى انتشار الورم بالجدار المعوي. كلما كان الرقم أقل، كلما كان الغَزْو أقل. إن آفة مصنفة T0 ما تزال آفة حميدة، مع تغيرات شاذة موجودة فقط في الطبقة المخاطية، بينما آفة مصنفة T4 تكون قد غزت خلال الجدار وإلى الأعضاء المجاورة (القريبة).

N **(العقد الليمفاوية)**: N هي عدد العقد الليمفاوية التي تحتوي على انتشار سرطاني. N0 تعني عدم وجود عقد ليمفاوية تحوي أي سرطان في العينة الطبية. تعني Nx أن عدد العقد الليمفاوية الإيجابية غير معروف. (مثلاً، إذا حددت مرحلة سرطان خلال الفحص الفيزيائي قبل الجراحة، فإنه من المستحيل تحديد حالة العقد

الليمفاوية. وحتى تعرف هذه فإن المرحلة تصنف Nx).

M (النقائل): M تحدد ما إذا كانت أي نقيلة قد انتشرت للأعضاء الأخرى.

إن التحديد الإجمالي للورم ملخّص في جدول 4.

جدول 3: بيان تحديد المراحل TNM

T		N		M	
0	معزول بالطبقة المخاطية	0	لا دليل على انتشار العقد الليمفاوية	0	لا دليل على نقائل بعيدة
1	في، وليس خلال، الطبقة تحت المخاطية	1	انتشار من 1-3 عقد ليمفاوية	1	دليل على نقائل بعيدة
2	في، وليس خلال الطبقة العضلية	2	انتشار لأكثر من 3 عقد ليمفاوية	x	نقائل بعيدة غير محددة
3	خلال الطبقة العضلية إلى الأنسجة المحيطة	x	انتشار غير محدد للعقد الليمفاوية		
4	إلى الأعضاء القريبة				

جدول 4: التحديد الإجمالي للورم

	T	N	M
مرحلة I	1، 2	0	0
مرحلة II	3، 4	0	0
مرحلة III	غير محدد	1، 2	0
مرحلة IV	غير محدد	غير محدد	1

الاختصارات T، الورم N، العقد M، النقائل

لقراءة هذا الجدول أنظر إلى الرموز T، N، M في الأعلى. تحت كل عمود الأعداد أو كلمة "غير محدد". إن القَيد الأول تحت "T" يظهر 1، 2، والقيود تحت "N" و"M" كلاهما صفر. هذا يعني أنه إذا كان الورم محدوداً بالجدار المعوي (T1 أو T2) لكن لا عقد ليمفاوية تحوي سرطاناً ولا نقائل موجودة، فإن السرطان يحدد بالمرحلة I. إن سرطاناً ممتداً إلى الجدار المعوي (T3 أو T4) ولكن حيث لا سرطان موجود في العقد الليمفاوية أو في أي مكان آخر (النقائل)، هي مرحلة II. وهكذا دواليك.

من الممكن أن يصنف طبيبك سرطانك كـ Dukes A، B أو C. هذا نظام تحديد مرحلي قديم ما زال مستعملاً من قبل العديد من الجراحين اليوم. Dukes A، B، وC هي مترادفة مع مراحل TNM I، II وIII.

إن تحديد المراحل هو أمر مهم جداً من أجل تحديد خيارات المعالجة. مرحلة I من سرطانات القولون عادة ما تعالج بالجراحة وحدها. وسرطانات المرحلة III عادة ما تعالج بالمزج بين الجراحة والعلاج الكيميائي. إذاً تحديد المراحل هو مظهر مهم من إجراءات تشخيص ما قبل الجراحة. يجب إجراء عدة اختبارات لتحديد المرحلة الصحيحة قبل الجراحة. فحوصات CT المسحية وأشعة X – للصدر، ما فوق الصوتية، وPET المسحية (أنظر سؤال 32) كلها اختبارات مفيدة لتحديد مدى انتشار السرطان. مهما يكن، فإن التحديد الفعلي لن يكون دقيقاً حتى تجرى الجراحة وتجرى اختبارات مَرَضية (مجهرية) للعينات.

تحديد المراحل هو مظهر مهم من إجراءات تشخيص ما قبل الجراحة.

إنه من المهم أن تتفهم هذه المبادئ ولا تنسى المقاييس المدرجة في البيانات لكي تتمكن من مناقشة خيارات العلاج والتكهنات بعاقبة المرض بصورة متفهمة مع طبيبك. إن نسخة من المقاييس قد تساعدك في مقابلتك. سوف يتم الرجوع تكراراً إلى هذا النظام لتحديد المراحل خلال ما تبقى من هذا الكتاب، لذلك قد ترغب في تمييز هذه الصفحة لكي تتمكن من النظر إليها من وقت لآخر.

29. إن كانت سليلتي السرطانية قد استؤصلت كلياً بالتنظير القولوني، لماذا يبقى احتمال احتياجي إلى الجراحة؟

الطريقة الوحيدة للوصول إلى الشفاء من سرطان القولون والمستقيم هي الإزالة الكاملة للسرطان بواسطة التنظير القولوني أو الجراحة. وبالرغم من أن المعالجات المساعدة (غير الجراحية) مثل العلاج الكيميائي، والعلاج الإشعاعي

بإمكانهما تحسين فرص النجاة بعد الجراحة، فإنهما ليسا البديلين للإزالة الجراحية. إذاً، إن تُرك أية أنسجة سرطانية بعد إزالة السليلة بالتنظير القولوني، المعالجة لن تكون كافية والجراحة ستصبح ضرورية.

تمثل الجراحة أفضل نسب نجاة وفرص شفاء إجمالية.

وعلى سبيل المثال، أية سليلة التي لا يمكن إزالتها كلياً بالتنظير القولوني بسبب حجمها أو مكانها تحتاج إلى إزالتها جراحياً. وهذا بديهي إن كانت السليلة تحوي سرطاناً، لكن السليلات الورمية الغدية (الحميدة) التي يمكن إزالتها بالتنظير القولوني تحتاج إلى جراحة أيضاً. أي قسم من السليلة يترك يمكن أن يحتوي على خلايا خبيثة. الطريقة الوحيدة الجازمة لمعرفة إن كانت سليلة ما تحتوي على خلايا سرطانية، ولتأكيد تشخيص حميد، يكون بالإزالة الكلية والاختبار المجهري. ومن جهة أخرى، إذا تم إزالة سليلة كلياً بالتنظير القولوني ووجد أنها تحتوي على خلل تنسجي أو مسرطنات محلية (التحول ما قبل السرطاني في الخلايا)، عندها لن تحتاج إلى جراحة إضافية. هذه الشواذات محصورة في الطبقة المخاطية للجدار المعوي، وقطعاً ليس هناك من فرصة لانتشار العقد الليمفاوية وحالما تتم الإزالة، فتكون قد شفيت؛ مهما يكن، فسوف تحتاج إلى فحص متكرر في المستقبل لضمان عدم تشكل سرطانات جديدة.

السليلات التي تم إزالتها كلياً بالتنظير القولوني ووجد أنها تحتوي على تركيز صغير من سرطان غزوي تستدعي المزيد من البحث. وحتى لو تم إزالة هذا النوع من السليلات كلياً، فإنك تبقى بحاجة إلى جراحة. هذه نقطة أساسية في فهم إدارة سرطان القولون والمستقيم. لأن السرطان المبكر في السليلة يكون قد غزا لداخل الطبقة تحت المخاطية، هناك فرصة لأن يكون قد انتشر إلى العقد الليمفاوية المجاورة، وجراحة التنظير القولوني لا تزيل هذه العقد. يمكن إزالتها فقط بواسطة الإزالة الجراحية للجزء من القولون الذي يحتوي على السليلة مع المساريقا التابعة له، حيث توجد العقد الليمفاوية. ويستند النصح بالجراحة في هذه الحالة إلى

المفاضلة بين المخاطرة بأن نقائل العقد الليمفاوية ستكون موجودة من جهة وبين مخاطر الجراحة من جهة أخرى. في معظم الحالات، بعد أن تحلل السليلة تحت الميكروسكوب، فإن خطر انتشار العقد الليمفاوية يعتبر ضئيلاً وعندها فإن مخاطر الجراحة تصبح أعلى من الملاحظة وحدها؛ في هذه الحالات، يمكن أن لا ينصح بالجراحة. في حالات أخرى، مهما يكن، فإن فرص وجود نقائل العقد الليمفاوية من الممكن أن تكون أعلى نظراً للخصائص المجهرية التي أمكن تمييزها داخل السليلة حال إزالتها وتحليلها؛ في هذه الحالات ينصح عموماً بالجراحة . إن خطر انتشار العقد الليمفاوية يعتمد على نوع السليلة الموجودة، وخصائصها المجهرية، وكفاية إزالة السرطان، وعمق الغزو السرطاني في الطبقة تحت المخاطية. إن جرّاحك سوف يراجع الشرائح المجهرية مع الطبيب الخبير بعلم الأمراض، وسوف يخلص إلى نصائح بناءً لهذه العوامل (جدول 5). الأورام الهجومية التي لم تتم إزالتها بطريقة صحيحة بواسطة التنظير القولوني سوف تحتاج إلى جراحة إضافية.

وحتى وإن أزيلت السليلة كلياً فإنك من الممكن
أن تظل محتاجاً إلى جراحة.

جدول 5: العوامل التي تقرر النصح بالجراحة معها أو ضدها بعد إزالة السليلات

	سليلة محتوية على خلل تنسج أو سرطان مقيم	**سليلة تحتوي على سرطان غزوي**
سليلة مزالة جزئيا	للجراحة	للجراحة
سليلة مزالة كلياً	لا جراحة	تعتمد على نتائج الفحص المجهري

30. بعد أن يتم تشخيصي بسرطان القولون، كم سيطول انتظاري قبل خضوعي للجراحة؟

بالرغم من أن جراحتك يمكن أن تجرى بسرعة نسبياً، يجب أن لا تقلق إن أجّلها جرّاحك لبضعة أسابيع. عموماً، سرطانات القولون هي أورام بطيئة النمو، وخطر الانتشار خلال هذا الوقت هو قليل. إذاً، إذا تم تأجيل جراحتك لوقت قصير،

الجراحة المبقية على المصرة

جراحة إزالة سرطان المستقيم والقادرة على الإبقاء على عضلات المصرة وهكذا نتجنب تفميماً قولونياً دائماً.

هذا لن يؤثر على فرص شفائك. خلال هذا الوقت، فإن أي تشخيص إضافي لما قبل الجراحة سوف يستكمل، واستشارات طبية وقلبية يمكن أن تجرى. مرضى سرطان المستقيم يمكن تقييمهم بواسطة طبيب مختص بالأورام ومختص بأشعة الأورام لتقرير ما إذا كانت المعالجة الكيميائية والإشعاعية مفيدة قبل الجراحة. إن الحاجة لأي من طريقتي المعالجة تعتمد على مرحلة سرطان المستقيم. إن المعالجات ما قبل الجراحية تساعد على تقليص حجم سرطانات المستقيم، مما يسمح بالإزالة الجراحية الكاملة، مقللة بذلك مخاطر التكرار المحلي، ومقوية لفرص جراحة احتفاظ المصرة (أنظر أسئلة 44، 50، 54).

يجب عليك أن لا تشعر بالقلق إن أخّر جرّاحك الجراحة لبضعة أسابيع.

أحياناً، الجراحة العاجلة تكون ضرورية لسرطان القولون والمستقيم الكبير جداً. الأورام المتقدمة بإمكانها أن تسبب انسداد القولون، مما يضطر الأمعاء أن تتوسع بسبب امتلائها بالفضلات التي لا يمكن أن تدفع خارجاً بسبب الانسداد. في الوقت الذي يتوسع فيه القولون، فإن مخاطر التثقيب (الانشطار) في الأمعاء تزداد، وهذا يشكل طارئاً مهدداً للحياة. وحتى الأورام التي تسبب انسداداً جزئياً في القولون يمكنها أن تكون مشكلة لأنها تحد من إجراءات تنظيف الأمعاء قبل الجراحة. لهذا السبب، فإن جراحة مبكرة بإمكانها تقليل الحاجة إلى فوهة مؤقتة. العديد من الأشخاص يعتقدون أن الجراحين يهمهم أن "يشقوا" فقط، وربما يشعرون بأن هناك ضغطاً عليهم في حال نصحهم طبيبهم بإجراء جراحة عاجلة. من فضلك تفهم أن لا شيء يمكنه أن يكون أبعد عن الحقيقة. عموماً، في أعماقهم يريد الجراحون الأفضل لك. وتوخياً لمنع مضاعفات خطيرة، الجراحة المبكرة قد تكون ضرورية.

31. كيف يمكنني إجراء جراحتي الآن؟ لقد بدأت عملاً جديداً، وأبنائي يذهبون إلى الكلية. كيف يمكنني أخذ 6 شهور عطلة من العمل؟

إن مجرد تشخيصك بسرطان القولون يمكن أن يكون تجربة مخيفة. إنك تذهب لطبيبك شاكياً من نزيف في المستقيم، وأنت تظن أنها مجرد البواسير التي تفعل فعلها، وتترك بتشخيص داء مهدد للحياة ويتطلب الجراحة، وربما أيضاً فوهة صناعية (فتحة جراحية من داخل إلى خارج الجسم)، 5 أسابيع من الأشعة، و6 أشهر من العلاج الكيميائي؛ كيف من الممكن أن يتحمل أحد كل هذا جيداً؟ لا مكان للسرطان في جدول أعمالك، خصوصاً في وقت تكون فيه ماليتك منهكة.

فوهة

فتحة مكوّنة جراحياً من داخل الجسم إلى خارجه.

لكن جرب أن لا تكون مأخوذاً خلال هذه الزيارة التمهيدية للعيادة. كل شيء يبدو أسوأ عندما تكون جالساً مقابل طبيبك على الطاولة والكلمات فوهة صناعية، معالجة كيميائية، وجراحة هي الوحيدة المنطوقة في نفس الجملة. وبالرغم من أن المماطلة ليست شيئاً حكيماً، فإن تأجيلاً قصيراً لن يؤثر على مقدرتك لقهر المرض. بإمكانك أن تأخذ وقتاً لتنظيم حياتك ومواردك المالية، وأن تبني شبكة من المساندة الاجتماعية. وبالرغم من أنك ستكون بعيداً عن محيط عملك لحوالى 4-6 أسابيع بعد الجراحة، فإن الكثيرين يتحملون جيداً المعالجات المساعدة (غير الجراحية، المكملة) مثل المعالجة الكيميائية، والمعالجة الإشعاعية، ويستمرون بالعمل الجزئي أو الكامل حتى، وهذا يعتمد على طبيعة أعمالهم. عدة أجهزة مساندة موجودة لتساعدك بمعركتك هذه. لا تستسلم. في القسم الأخير من هذا الكتاب، نناقش طرقاً للتواصل مع الفريق الطبي، وطرقاً للتقليل من يأسك، بما فيها مواجهة اهتمامات العمل، الأمور المالية، وأمور عائلية. خطوة خطوة، سوف تتعلم كيف تتعامل مع المرض بطريقة أحسن.

خذ وقتك لتنظيم حياتك وأمورك المالية،

ولبناء شبكة من الدعم الاجتماعي.

تعليق كايت

لم يكن لدي خيارات كثيرة في أي من الجراحتين اللتين أجريتهما. كلا الورمين كان كبيراً وجزئياً يسدّ القولون. النزيف الخفيّ تركني مع فقر دم شديد. لقد نقلت إلى المستشفى حالاً بينما كنت أخضع لأشعة – X، التنظير القولوني، وفحوصات أخرى كانت تجرى، وكانت الجراحة تُجرى بغضون أيام. مهما يكن، لم يكن بوسعي التصور أن أترك الورم يكبر بسبب أن الجراحة غير مريحة. إن خطر الانتشار لكبدي أو رئتيّ ببساطة كان عظيماً. كلما اكتشف السرطان وعولج أسرع، كان ذلك أفضل. إلى جانب ذلك، فإن الانتظار لشهور طويلة كان سيؤدي فقط إلى إطالة القلق.

32. ما هي الفحوصات الإضافية التي أحتاج إليها قبل الجراحة؟

عندما تقرر أنت وجرّاحك الجراحة، فإن مجموعة إضافية من الفحوصات أو "إجراءات التشخيص" سوف تبدأ. إن هدف هذه الفحوصات هو مضاعف. أولاً إن مجموعة أبحاث تحدد مرحلة الورم وتقرر مدى انتشاره . إن مرحلة السرطان وقت التشخيص هي التي تحدد المعالجة. بشكل واضح، فإن معالجة سرطان قولون منتشر إلى الكبد سوف تختلف كثيراً عن معالجة ورم صغير محدود بالجدار المعوي.

إن دراسة أشعة – X للصدر سوف تجرى لتقييم الرئتين بحثاً عن انتشار سرطاني. هذا الاختبار الروتيني هو حساس جداً في تمييز عقيدات الرئة. بإمكانها أيضاً أن تكشف عن دلائل أمراض الرئة أو القلب، وإنها لذلك اختبار أساسي لما قبل الجراحة قبل أية عملية جراحية أساسية. إن مسحاً بواسطة CT للبطن والحوض سوف يجرى لتقييم الكبد والحوض الصفاقي (البطني) بحثاً عن دليل لانتشار سرطاني (أنظر سؤال 33). أحياناً فإن مسحاً بواسطة CT للصدر يكون مرافقاً مع مسح CT للبطن، ودراسة أشعة – X بسيطة تكون عندها غير ضرورية. إن مسح PET يستعمل نوعاً مشعاً من الغلوكوز (السكر) للتعرف على بقايا ورمية. وبالرغم من حساسيته للتعرف على النقائل الخفية (المُخبَّأة) التي لا ترى على أشعة – X أو دراسات الـ CT، فإن الفحص المسحي PET لم يصبح بعد أساساً للعناية بهدف تحديد مرحلة السرطان لما قبل الجراحة.

تجرى اختبارات إضافية لتقييم حالتك الصحية العامة وتقدير مخاطرك للجراحة.

إلى جانب تحديد مرحلة السرطان لما قبل الجراحة، فإن فحوصات إضافية تجرى لتقييم الحالة العامة للصحة ولتقييم مخاطرك عند الجراحة. تمثل الجراحة ضغطاً على الجسم ويمكنها إثارة المشاكل الكافية للرئة، القلب، أو الكلية، لذا فإن الفحوص يمكنها أن تكون مساعدة للتعرف على المرضى الذين هم في خطر خلال وبعد الجراحة. هذه الفحوص يمكن إجراؤها في المستشفى أو في عيادة طبيبك الخاص، ويشار إليها كفحوص ما قبل الإدخال. سوف تجمع عدة فحوصات للدم، من ضمنها تعداد كلّي لكريات الدم (CBC)، كيميائية الدم، وخصائص التخثر. إن تعداداً كلياً لكريات الدم يقيس كريات الدم الدائرة، بما فيها خلايا الدم الحمراء، خلايا الدم البيضاء، وتعداد للصفائح. كل هذه الخلايا مصيرية في النشاط اليومي. خلايا الدم الحمراء تحمل الأكسجين في الجسم وهي حيوية في أكسجة الأنسجة. يميل سرطان القولون إلى التسبب بنزيف مجهري، وإذاً، فإن تعداد خلايا الدم الحمراء عادة ما يكون قليلاً في هؤلاء المرضى. وفي حالات حادة، نقل الدم يمكن أن يكون ضرورياً بعد العملية وحتى قبلها. ولأن الصفائح مسؤولة عن التجلط الطبيعي للدم، فإن تعداد الصفائح هو فحص ضروري لما قبل الجراحة. وبدون تاريخ لنزف شاذ في ما مضى، بما فيها نزف أنفي زائد أو لثاث نازفة، فمن غير المتوقع أن يكون تعداد الصفائح غير طبيعي. على كلٍ، فإن هذا يجب التأكد منه بصورة مسبقة لتقليل مخاطر النزيف خلال الجراحة. كيميائيات المصل تحسب كهرليات الدم، مثل الصوديوم والبوتاسيوم؛ إن مستوى الكهرليات يمكن أن يكون زائداً أو ناقصاً بشكل زائد في المرضى الذين يتناولون أدوية الضغط أو أدوية أخرى لذلك يجب التدخل لتعديلها قبل الجراحة. إن خصائص التخثر تقيس فعالية عوامل تجلط

فحوص ما قبل الإدخال
إجراءات تشخيص قبل جراحتك تشمل فحوص الدم، تخطيط القلب، وأشعة X – للصدر.

الصفائح
خلايا الدم المسؤولة عن تخثر الدم.

الدم، لأن تجلط الدم يمكن أن يكون غير طبيعي في المرضى الذين يشكون النزيف أو عوامل قصور أخرى.

أخيراً، إن النساء في عمر الإنجاب يحتاجون إلى فحص حمل لما قبل الجراحة للتأكد من عدم حملهن. إن (مخطط كهربائية القلب) EKG هو فحص يقيّم القلب. وباستطاعته أن يظهر علامات داء تصلب القلب (تضيّق أو تصلّب الشرايين)، التي هي مخاطرة كبيرة لجراحة رئيسية. إن نتائج EKG ثابتة مع نوبات قلبية سابقة أو ذبحات صدرية (تزوّد بالدم غير كافٍ ينتج عنه أكسجة أنسجة غير كافية) هي دلائل على داء تصلّب الشرايين التاجية للقلب. إن نتائج EKG غير طبيعية تدفعنا لإجراءات تشخيص إضافية تكون منسقة مع طبيبك الأولي أو طبيب قلب. حالما تكتمل إجراءات التشخيص، وبدء معالجات إضافية إن كان هذا ضرورياً، سيكون "مسموحاً" لك بإجراء الجراحة.

فاقة دموية احتباسية

جريان دم غير كاف ينتج عنه أكسجة نسيجية غير كافية.

تعليق باتي:

إن الفحوص المعتادة التي يوصى بها قبل الجراحة هي فحص أشعة – X للصدر، مسح CT، مخطط كهربائية القلب، فحوصات الدم – الكلية، الكبد، الغلوكوز، تعداد الخلايا الحمراء والبيضاء، و CEA. من المفيد أن يكون لدينا قاعدة CEA قبل الجراحة للمقارنة مع مستويات CEA في المستقبل. لقد كانت دفعة من الفحوصات. وقد كنت مشغولة جداً، ظننت أنني مسيرة آلياً.

33. ما هو فحص CT المسحي؟ هل هو ذات فحص الـ MRI المسحي؟

إن معالجة سرطان القولون والمستقيم مبنية على تحديد دقيق لمراحل ما قبل الجراحة. إن فحص الـ CT المسحي (المسح المقطعي الكمبيوتري، معروف أيضاً بفحص "CAT" المسحي) هو التقييم ما قبل الجراحي المعتمد للكبد للبحث عن دليل انتشار سرطاني. إن فحص CT المسحي يستعمل أشعة – X لإنتاج صور رقمية

وريدياً

طريقة لإعطاء الأدوية داخل الأوردة.

للأعضاء البطنية. هذه الصور يمكنها إظهار نمو ورم محلي ويكشف انتشار السرطان (النقائل) في البطن أو الكبد. إن فحص CT المسحي حساس جداً ويستطيع التعرف على 80% من نقائل الكبد. من أجل تحسين نوعية الصور، فإن عوامل تباين خاصة تعطى بالفم، وأيضاً وريدياً (داخل الأوردة). ولتقييم ما قبل الجراحة، فإن عوامل التباين داخل الوريد هي ضرورية للتعرف على نقائل الكبد.

إن فحص الـ CT المسحي هو روتيني، والألوف منه تجرى يومياً في الولايات المتحدة. مهما يكن، فإن تفاعلات أرجية للتباين الوريدي يمكن أن تحدث عند بعض الأشخاص؛ هذه التفاعلات تتراوح بين طفح جلدي بسيط إلى اضطراب تنفسي وقلبي حاد. إن مخاطر التفاعلات الأرجية هي قليلة جداً، تحدث في 0.2% إلى 0.4% من المرضى، وتحدث بصورة متكررة أكثر في المرضى الذين يعانون من حساسية غذائية تجاه المحار. معظم هذه التفاعلات هي ثانوية، ويمكن معالجتها بسهولة بأدوية بسيطة، مثل مضادات الهيستامين. مهما يكن، فإن عوامل التباين الوريدية يمكنها التسبب بتوقف مؤقت لعمل الكلى. مع أن هذه المضاعفات يمكنها أن تكون حادة، فإن عمل الكلى عموماً يرجع إلى العادي مع الوقت والمعالجة المتحفظة. تحدث مضاعفات الكلى بصورة متكررة مع من يعانون من الكلى مسبقاً. تأكد من رفع أية شكوك تكون لديك مع أخصائي الأشعة قبل إجراء فحصك.

التصوير الرنين المغناطيسي

دراسة تشخيصية إشعاعية تستعمل التقنية النووية، بما فيها إشارات الترددات الراديوية ومجال مغناطيسي قوي، للحصول على صور ثلاثية الأبعاد لداخل الجسم، العضلات، العظم، الأوعية الدموية، الأعصاب، الأعضاء، وأنسجة الورم.

تخطيط الرنين المغناطيسي (MRI) يستعمل أيضاً لتخطيط أعضاء البطن والحوض. MRI يجرى داخل آلة بشكل نفق، ويوضع المريض بشكل يصبح العضو المراد تصويره داخل النفق. MRI يأخذ وقتاً أطول لإجرائه من فحص CT المسحي، والنفق يمكن أن يكون غير مريح لبعض المرضى، وبالأخص الأشخاص الذين يعانون من رهاب الاحتجاز. ولأن MRI يستعمل مغناطيسات قوية للحصول على الصور، فكل الأشياء المعدنية يجب إزالتها من

الغرفة. إن كنت قد خضعت لجراحة سابقاً وزُرعت أشـياء معدنيـة (حـوض أو أطراف صناعية)، فمن الممكن أن لا تستطيع إجراء فحص MRI.

لا تستلزم MRI مواد تباين مكونة من اليـود (النـوع المسـتعمل فـي CT المسحي) ولهذا فإنها يمكن أن تستعمل مع المرضى الذين لديهم حساسـية لمـواد التباين. للأسف، وبالرغم من أن تصويرها للكبد هو ذو نوعية ممتازة، فإن تصوير MRI لباقي البطن ليس بمثل الكفاية التي يوفرها CT المسحي، وMRI أيضـاً هـو أكثر كلفة. لهذه الأسباب، فإن MRI ليست جزءاً روتينياً من إجراءات تشخيص ما قبل جراحة سرطان القولون، لكنها تستعمل كفحص إضافي لتوضيح طبيعة الآفات غير الواضحة في فحص CT المسحي ولتقييم أبعد لسرطانات المسـتقيم المتقدمـة والأمراض المتكررة. إنها ليست بديلاً لفحص CT المسحي.

34. ما هي نوعية التحضيرات التي أحتاج إليها للجراحة؟ هل من حاجة للحضور إلى المستشفى؟ وكيف أجهز نفسي لإقامتي بالمستشفى؟

جراحة سرطان القولون والمستقيم، مثل التنظير القولوني، تحتاج إلـى تحضـير معوي كامل في اليوم الذي يسبقها. هذا ضروري لمنع أية مضاعفات بعـد الجراحـة، ويجب أن لا تأخذ ذلك باستخفاف. إن مستحضـراً معويـاً، مثـل غـوليتلي أو Fleet Phospho Soda، مع مضادات حيوية فموية، هو النظام الأساسي لتقليل كمية البكتيريـا في القولون. إن مضادات حيوية شائعة تشمل نيومايسين مع ميترونيدازول (فلاجيـل)، أو نيومايسين مع أرثرومايسين. سوف تتلقى تعليمات مفصلة من جرّاحك حول وقـت أخذك لهذه الأدوية قبل الجراحة. ومثل التحضير قبل إجراء فحص التنظير القولـوني، يتعين عليك أن تتابع أخذ المستحضر المعوي حتى تصبح حركاتـك المعويـة سـائلاً شفافاً؛ وهذا يدل على أن عملية التنظيف قد تمت. المرضى المصابون بـأورام كبيـرة يحتاجون إلى تحضير معوي قد يمتد ليومين أو ثلاثة. خلال هذا الوقت، فـإن وجبتـك الغذائية سوف تقتصر على السوائل فقط. يجب أن تبذل جهداً إضافياً لتأخذ كفايتك مـن السوائل خلال التحضير المعوي، لأنه من السهل أن تصاب بالتجفاف.

ابذل مجهوداً إضافياً لتحافظ على أخذك للسوائل خلال التحضير المعوي، لأنه من السهل أن تصاب بالتجفاف.

إن تحضيراً معوياً كافياً هو ضروري لأنه يقلل من مخاطر الخمج بعد الجراحة. مثلما يمكنك أن تتصور، فإن القولون عادة يحتوي على تركيزات عالية من البكتيريا. إن انتشار هذه البكتيريا خارج القولون يمكن أن يؤدي إلى الخمج بعد الجراحة. إن المكان الأكثر عرضة للإصابة هو الجلد، مع مخاطر مضاعفات الجروح التي قد تصل إلى 5% و10%. مهما يكن فإن التحضير المعوي يكون قد قلص بصورة ملحوظة خطر الخمج بالجروح بعد الجراحة. عندما يكون التنظيف غير تام، فإن مخاطر حصول المشاكل في (التفاغم المعوي) anastomosis (الوصلة الجراحية بين لفتين معويتين) تزداد، والخمج يمكن أن يحدث داخل البطن. إن كان لديك مشاكل في تحضيرك المعوي، اتصل بجرّاحك في اليوم السابق للجراحة بدلاً من مواجهة مشاكل صباح يوم الجراحة. إن كنت لا تحتمل المذاق، أو تصاب بالغثيان، أو تشعر بأن التحضير غير ناجح، لا تنتظر حتى صباح يوم الجراحة لتخبر طبيبك. هناك تقنيات لمستحضرات معوية أخرى متوفرة من الممكن أن تكون أسهل احتمالاً.

التفاغم
وصلة جراحية بين لفافتين معويتين.

لم يعد من المعتاد أن يُستقبل المرضى في المستشفيات في اليوم السابق للجراحة للتحضير والتشخيص. ولهذا فإنك يجب أن تكمل تحضيرك المعوي في المنزل وتحضر إلى المستشفى صباح يوم الجراحة. إن الاتجاه السائد في مستشفيات اليوم هو لجراحة في نفس اليوم، وتزودك بتعليمات محددة حول وقت دخولك إلى المستشفى.

خلال التحضير المعوي قبل الجراحة، سوف يقتصر غذاؤك على السوائل فقط. إضافة لذلك، فإنك لا تستطيع أن تتناول طعاماً أو أن تشرب بعد منتصف الليل قبل الجراحة. إن حضرت للمستشفى صباح يوم الجراحة بمعدة ممتلئة، فإنك ستكون بمخاطر شديدة للخنّاق (الاختناق نتيجة تجشؤ الطعام) خلال التخدير. لا

تأكل شيئاً أو تشرب صباح يوم الجراحة، ولا حتى صحن حبوبك الصباحي، ولا حتى قطعة التوست، أو حتى فنجان قهوتك! إن فعلت هذا فإنك سوف تؤخر جراحتك، لأن أخصائي التخدير وجرّاحك سوف لن يسمحا لك قطعياً بأن تخضع لجراحة اختيارية إن كنت قد تناولت طعاماً. إن تناول الطعام والشراب سوف يؤخر جراحتك 6 ساعات على الأقل؛ بالمقابل، فإن الجراحة سوف تعرضك لمخاطر أنت بغنى عنها. مهما يكن، فإنه يتوجب عليك أن تتناول أدويتك اليومية، إن أمرك الطبيب بذلك، مع جرعات صغيرة من الماء (أنظر سؤال 35).

كن عملياً، واستعمل حكمتك حين التحضير للإقامة في المستشفى.

لربما تود أن تبقى بالمستشفى لفترة قصيرة عندما تصل. كن عملياً، واستعمل المنطق. لا تحضر مجوهرات ثمينة، ولا ثياب فاخرة، أو كميات من المال معك. ولكن يتعين عليك أن تحضر صندوقاً صغيراً من الحاجيات. سوف تلزم السرير فقط ليوم الجراحة؛ بعد ذلك، سوف يشجعونك سريعاً للتحرك والتجول. إن ثياب المستشفى بالكاد تكون مرضية ويمكنها أن تكون شفافة، إذن فإن بدلة نوم فضفاضة أو عباءة نوم بالإضافة إلى خف مع نعل مانع للانزلاق، ستكون مفيدة. تذكّر أنه يمكن أن يحدث كمية تسرب صغيرة من الجرح بعد الجراحة، وحتى مع أربطة معقمة فإن هذا قد يوسخ الثياب. لا تحضر البستك المفضلة التي يمكن أن تتأذى.

أدوات الزينة مثل فرشاة الأسنان، فرشاة الشعر، مزيل الرائحة، العطورات، وماء العطور قد تساعد لأن تشعر أكثر إنسانيةً بعد الجراحة. مهما يكن، فإن العدسات اللاصقة غير مسموح بها خلال الجراحة، لذا استعمل نظاراتك وأبق العدسات لفترة ما قبل الجراحة. أترك محفظتك ومجوهراتك مع عائلتك قبل الجراحة، لكن احتفظ بكمية صغيرة من المال أو بطاقة اعتماد واحدة معك من أجل المكالمات الهاتفية وإيجار التلفزيون. قد ترغب أيضاً بإحضار كتاب جيد، بعض المجلات، أو بعض الأشياء الحرفية الأخرى لتشغلك خلال الفترة المتبقية من دخولك للمستشفى. راجع قسم 5 من هذا الكتاب لتتعرف حول التصرف إزاء قلق الجراحة والإقامة بالمستشفى.

تعليق باتي:

سوف تحتاجين إلى أن تقضي وقتاً كبيراً من الراحة، لذا فإنك لن تحتاجين إلى أن تجلبي الكثير معك. جهّزي لراحتك، أحضري عباءة، خفاً، بعض أدوات الزينة مثل أحمر الشفاه، غسول، بودرة التالك، فرشاة أسنان ومعجون أسنان، شامبو صغير الحجم، ومفكرة وقلم، ومجلة. في لاوعيي، كنت أتمنى لو أحضرت معي زوجاً من الدبابيس، مشبكاً من أجل خلفية رداء المستشفى! لقد نصحت بأن لا أحضر ثياب نومي معي، كي لا تتوسخ.

تعليق كايت:

إن أردية المستشفى، والتي تكون أحياناً متواضعة وباهتة، من السهل تغييرها وتنظيفها، وهي مجهزة بمشابك لتسهل الأطراف IV. لذا أترك كل لباسي الليلي في المنزل، وأحضر رداءً جميلاً مع خف لأن المشي مهم جداً من أجل التماثل للشفاء.

إنني دائماً أحضر معي مسجلاً من طراز الـــ walkman مع بطاريات إضافية. إن الإصغاء للموسيقى أو لكتاب مسجل يقلل من قلقي ويساعدني على تمضية وقت المستشفى البطيء. الكتب المسجلة مهدئة في الأيام القليلة الأولى عندما تصعب القراءة بسبب آلام الأدوية والتعب أثر جراحة رئيسية.

مع أن المستشفى يؤمن الصابون ومعجون الأسنان، فإنني أحضر هذه المواد معي كي أتمكن من التمتع ببعض رفاهية إضافية لرائحة الزهور أو اللافندر وسط رطوبة غرفة المستشفى. وأجهز نوع الشامبو المفضل عندي لحمام الجسم والشامبو لليوم الرائع عندما تطرح بعيداً كل الأنابيب والقطب كي أتمكن من التمتع بدوش. إن فعل ما أستطيعه لنفسي في المستشفى كان مهماً جداً، حتى ولو كان شيئاً بسيطاً مثل غسل وجهي بصابون طيب الرائحة. لقد أعطاني هذا الشعور بالسيطرة في مكان لا وجود فيه للسيطرة الشخصية وقد شجعني هذا كي أتقدم إلى الأمام.

35 . ماذا لو كنت أعاني من مشاكل صحية أخرى، مثل داء السكر، ضغط الدم المرتفع، أو الخناق؟ هل بإمكاني أن أخضع للجراحة؟ هل يتوجب عليّ أخذ أدويتي يوم الجراحة؟

إن مريضاً يعاني من مشاكل صحية أخرى، وبالأخص مشاكل قد تكون مهددة للحياة، يواجه مخاطر متزايدة من الجراحة. مهما يكن، بسبب أن معظــم مرضـــى سرطان القولون والمستقيم هم عموماً من كبار السن، هذه المشاكل الشائعة تعـــالج

روتينياً بواسطة طاقم جراحتك. إن التقدم في السنّ وحده لـيس عامـل مخـاطرة للجراحة البطنية. المرضى في السبعينات والثمانينات من العمر عادة ما يخضعون لجراحة القولون بدون مضاعفات. لا تتنازل عن علاجك لأنك تعتقد "أنا فـي سـن أكبر من أن أخضع لجراحة رئيسية". العمر هو مشكلة فقط عندما يكون مجتمعاً مع مشاكل صحية أخرى قد تزيد المخاطر. الأساس لمنع حدوث مضاعفات هو تحديد هذه المخاطر مسبقاً حتى يمكن أخذ الإجراءات المناسبة. مهما يكن، فليسـت كـل المشاكل الصحية ظاهرة، ومثل السرطان، يمكن أن تكون خفيّة (مُخبَّأة). هذا هـو سبب إجراءات التشخيص قبل الجراحة، واتجاه التشخيص سوف يملـى بواسـطة جرّاحك، وطبيبك للعناية الأولية.

إن أساس منع التعقيدات هو تحديد مخاطرك مسبقاً.

المشاكل الصدرية (القلبية): لأن التخدير العام وجراحة البطن تشكلان ضغطاً فيزيائياً على الجسم، فإن المخاطر خلال الجراحة هي جدية كثيراً للذين يعانون من مشاكل قلبية. المرضى مع سجل لمرض القلب، بما في ذلك ضغط الـدم العـالي الشديد (ضغط دم مرتفع)، الخنـاق (آلام الصـدر)، احتشاء عضلي قلبي (ذبحة قلبية)، يحتـاجون إلـى إجراءات تشخيص إضـافية قبـل الجراحـة. أمـا المرضى بدون سجل طبي معقد و EKG طبيعي نادراً ما يحتـاجون إلـى دراسـات إضـافية. واسـتناداً لأعراضك العيادية، فغالباً ما يتعين على جرّاحك أن يستشير طبيب قلب لتقييم مـا قبـل الجراحـة. إن إجراءات التشخيص القلبية المركـزة تبـدأ بفحـص إجهاد، الذي يظهر نوى العضـلة القلبيـة (فقـدان لجريان الدم).

الضغط العالي
ضغط دم مرتفع.

الخناق
ألم صدري ينتج عن داء تصلب عصيدي قلبي.

احتشاء عضلي قلبي
تلف لخلايا القلب كنتيجة انخفاض جريان الدم؛ نوبة قلبية.

إن فحص إجهاد رياضي يتضمن جهاز تمرين على المشي متحـرك مـزود بأجهزة مراقبة خاصة لتسجيل عمل القلب. المرضى الذين لا يسـتطيعون إجـراء

فحص الإجهاد الفيزيائي بسبب مشاكل مثل التهاب المفاصل أو الربو يحتاجون إلى الخضوع إلى فحص إجهاد كيميائي (دوائي) بدلاً منه. خلال فحص الإجهاد الفيزيائي تعطى منبهات داخل الشرايين وهذه تسرّع القلب بينما الفحوصات المسحية ما فوق الصوتية أو النووية يقيّمان عمل القلب وجريان الدم. إن كانت نتائج هذه الفحوصات المسحية اللاغزوية غير طبيعية، فإن إجراءات تشخيص إضافية مع اختبارات أكثر غزوية واختبارات علاجية، مثل تخطيط الأوعية، يمكن اللجوء إليها. وبوجود التقنيات الحالية المسحية والتدخل الجراحي، على أية حال، فإن مخاطر أزمات القلب خلال وبعد الجراحة قد تقلصت بصورة ملحوظة.

المشاكل الرئوية: إن مضاعفات الرئتين خلال الجراحة، وبالرغم من أنها ليست في شدة المضاعفات القلبية، تتكرر أكثر بين المرضى الذين يعانون أمراضاً رئوية مثل الانتفاخ الرئوي. الخطوة الأهم لمنع مشاكل الرئتين هي التوقف عن التدخين. إذا توقفت عن التدخين قبل أسابيع قليلة فقط، فإنك بذلك سوف تقلل كثيراً مخاطرك لمضاعفات مثل ذات الرئة. تحدث المشاكل التنفسية لأن الألم الناتج عن الشق البطني يحد من قدرتك على أخذ نفس عميق بعد الجراحة ("التضميد")؛ هذا يمكنه أن يكون مشكلة هامة في المرضى الذين يعانون أمراضاً صدرية. يمكن استشارة أخصائي في أمراض صدرية (دكتور متخصص في أمراض الرئة) ليساعد في مرحلة ما بعد الجراحة. سوف يتم فحص الأداء الرئوي الذي يقيس القدرة الامتصاصية والاحتياط الوظيفي للرئتين.

إن توقفت عن التدخين حتى أسابيع قليلة قبل الجراحة،
ستخفض بشكل كبير مخاطرك لتعقيدات مثل ذات الرئة.

من الممكن أن يتم إعطاؤك مزيجاً من الأدوية الفموية والاستنشاقية التي تصل بالأداء التنفسي إلى الذروة قبل وبعد الجراحة. إضافة لذلك، قد تكون مرشحاً لتخدير ما فوق الجافية anesthesia epidural (أنظر سؤال 37)، والذي بإمكانه أن يكون أشد فعالية في تخفيف الألم خلال فترة ما بعد الجراحة. مع ألم أقل سوف

تعاني " ألم تضميد" أخف، وأداء أفضل للرئتين. أخيراً، ولأن آلة تنفس تستعمل خلال الجراحة، فإن المرضى الذين يعانون من انتفاخ رئوي حاد يمكن أن يكونوا بحاجة إلى مساعدة تنفسية أطول بعد الجراحة، كما لإقامة قصيرة في وحدة العناية الفائقة. ناقش كل هذه الأمور مع جرّاحك قبل الجراحة.

داء السكر: داء السكر مثل السن، ليس عامل خطر مستقل لمضاعفات الجراحة. مهما يكن، فإن مرضى داء السكر المزمنين هم في خطر متزايد لأمراض خفيّة (مُخَبَّأة) للقلب والكلى. إن كان لديك مشاكل مزمنة مع داء السكر، فإن فحوصاً وإجراءات لما قبل الجراحة إضافية يجب أن تجرى.

المشاكل الكلوية: المرضى مع مشاكل فشل كلوي مزمن الذين يحتاجون إلى غسل الكلى يشكلون مشكلة معقدة قبل الجراحة. الفشل الكلوي يؤثر في قدرة الجسم لتنظيم السوائل والكهرليات بشكل طبيعي. خلال الجراحة، تحدث تغيرات عديدة في السوائل بسبب فقدان الدم واستبدال السوائل. بالإضافة لذلك، المرضى مع الفشل الكلوي يملكون صفائح شاذة وتجلط دم شاذ. وبالرغم من كل هذه المشاكل، يمكن إجراء الجراحة بسلامة لمرضى الفشل الكلوي المزمن. إن فريقك الجراحي وطبيب الكلى سينسقان بعناية إدارة شؤون ما قبل وما بعد الجراحة. يمكن إدخالك للمستشفى في اليوم السابق للمراقبة خلال التحضير المعوي لما قبل الجراحة. عموماً، إن غسل الكلى يمكن أن يجرى في اليوم السابق للجراحة، وغسل الكلى بعد الجراحة سوف يقرر بناءً على الفحوصات العيادية.

وبالرغم من أن هذه الشواذات تؤثر في سير الأمور خلال الجراحة، فهذا لا يعني أنه لا يمكنك الخضوع للجراحة؛ ببساطة إنها تعني مجهوداً منسقاً بينك، وبين جرّاحك، وطبيبك للأمراض الداخلية. إن إجراءات تشخيص تجري بعناية هي الأساس لمنع حدوث مضاعفات جراحية.

سيكون من المهم أيضاً متابعة تناول الدواء حتى يوم إجراء الجراحة. بالرغم من أنك ستقتصر على الأغذية السائلة في اليوم السابق، وبالرغم من أنك ستصوم كلياً بعد منتصف الليل، فعموماً عليك متابعة أخذ دوائك. مهما يكن، فهناك

استثناءات لهذه القاعدة. احرص على سؤال طبيبك عن أية أدوية يجب تناولها، وأية أدوية يجب تجنبها، وإلى أي مدى قبل إجراء الجراحة يجب إيقاف بعض الأدوية. اسأل طبيبك ليزودك بتعليمات مكتوبة، خصوصاً إن كنت تأخذ أكثر من دواء واحد، لا تعتمد على الذاكرة وحدها خلال هذا الوقت العصيب.

اطلب من طبيبك أن يزودك بتعليمات مكتوبة، خاصة إن كنت تأخذ أكثر من دواء واحد؛ لا تتّكل على الذاكرة وحدها خلال هذا الوقت العصيب.

بعض الأمثلة على بعض الأدوية التي يجب مناقشتها مع طبيبك هي:

مثبط الضغط العالي
أدوية تستعمل لتخفيض ضغط الدم.

الأدوية التي يجب أن تأخذها: يجب عليك الاستمرار بأخذ كل مضادات الضغط العالي (أدوية ضغط الدم)، بما فيها مُخَصِرات بيتا beta blockers، أنزيم محول أنجيوتنسين (ACE) المثبط، مدرات البول (أقراص الماء)، صباح يوم الجراحة مع جرعة ماء. مضادات الضغط العالي تساعد على تعديل ضغط دمك خلال الجراحة. مُخَصِرات بيتا beta blockers تقلص من مخاطر الأزمات القلبية في مرحلة ما قبل الجراحة عند المرضى الذين يعانون من داء تصلب الشرايين القلبية. مدرات البول (أقراص الماء) تساعد على تقليص مخاطر تعرضك لقصور القلب الاحتقاني الناتج عن السوائل الزائدة. مهما يكن، مدرات البول يمكن أن تسبب لك تجفافاً زائداً عند استعمالها بالتزامن مع التحضير المعوي لما قبل الجراحة. لهذا السبب، وبالرغم من أنك عموماً يتوجب عليك تناول أدويتك صباح يوم الجراحة، فإن تناولت مدرات البول، احرص على مناقشة هذا الأمر مع طبيبك.

الأدوية التي يجب عليك عدم تناولها: يجب عليك التوقف عن تناول أدوية NSAID (الأدوية اللاشحمانية المضادة للالتهابات)، التي تشمل الأسبرين، إيبوبروفين (أدفيل، موترين، وغيرها)، ونابروكسين (نابروسين). هذه الأدوية تعيق عمل الصفائح الدموية، ويمكنها التسبب بتجلط شاذ للدم. (الأسبرين يمنع النوبات

القلبية بمنع الدم من التجلط في الشرايين التاجية). إن مفعول NSAID والأسبرين يبقى لمدة تقارب الأسبوعين ولذلك يجب أن يتوقفا قبل أسبوعين من الجراحة.

مستحضرات الأدوية العشبية: على الرغم من أنك تستطيع شراء هذه المواد مباشرة دون وصفة، فإن العديد من هذه العلاجات تحتوي على عناصر كافية بإمكانها التأثير على كامل جسدك. مثلاً، جينغو بيلوبا يؤثر في تجلط الدم. يجب أن تناقش تأثير الفيتامينات والأدوية العشبية المكملة مع طبيبك. عموماً، مهما يكن، يجب أن تتوقف عن تناولها قبل الجراحة لمنع التفاعلات الدوائية المجهولة. كن على علم أنه حتى بعض المستحضرات العشبية غير الطبية، مثل أنواع الشاي، يمكن أن يكون لها تأثيرات غير مرغوب فيها. إذاً تأكد من مفعولها الممكن قبل تناولها.

مضادات التجلط

أدوية تكبح من التخثر الطبيعي للدم.

كومادين: كومادين هو مانع للتجلط يؤثر في نزف الدم الطبيعي بتقليله كمية عوامل التجلط المنتجة في الكبد. تأثيرات الكومادين في الكبد تظل حوالى 4 أو 5 أيام ويجب التوقف عن تناولها عدة أيام قبل الجراحة لمنع مضاعفات النزيف. خلال هذا الوقت، من الممكن أن يكون عليك التحول إلى مانع تجلط آخر، مثل الهبارين. على خلاف الكومادين، فإن تأثيرات الهبارين تبقى ساعات قليلة فقط ويمكن "إيقافها" قبل الجراحة مباشرة.

هبارين يمكن أن يعطى إما داخل الوريد، مما يعني أنه يستوجب الدخول إلى المستشفى، أو تحت الجلد، في العيادات الخارجية. إن أخصائي دم (طبيب مختص باضطرابات الدم) يمكن استشارته للاهتمام بمنع التجلط قبل الجراحة. **لمنع المضاعفات المهددة للحياة، لا تتوقف قطعياً عن تناول الكومادين بدون أوامر محددة من طبيبك.**

مضادات داء السكر (أدوية داء السكر): إن كنت تعاني من داء السكر، يتعين عليك الاستمرار في تناول أدويتك المعتادة في اليوم السابق للجراحة. مهما يكن، فإنك لن تتناول أطعمة يوم الجراحة، إذاً فإن مضادات داء السكر الفموية

والأنسولين يجب أن لا تؤخذ صباح يوم الجراحة لمنع مستوى السكر في دمك من الهبوط الحاد. مرضى داء السكر الحاد يمكن أن يحتاجوا إلى أخذ جرعة أصغر صباح يوم الجراحة؛ لكن هذا يجب أن يجري بالتنسيق مع طبيبك.

لطفاً تذكر بأن هذه كلها مجرد اقتراحات عامة ولا تغطي كل الحالات. يجب عليك أن تناقش كل معالجاتك الدوائية مع أطبائك قبل الجراحة.

الجراحة

36. ما هي نوعية الجراحة التي أحتاج إليها لسرطاني القولوني؟ وكيف تجرى هذه العمليات؟

إن موضع الورم داخل القولون سوف يحدد نوعية الجراحة التي يجب أن تخضع لها. سرطانات المستقيم تمثل تحديات تقنية ووظيفية إضافية وهذه سيتم شرحها في الأسئلة المقبلة.

إن هدف الجراحة هو إزالة ذلك القسم من القولون الذي يحتوي على الورم، وكذلك الحال بالنسبة للعقد الليمفاوية التي يصرّف إليها هذا القسم. ولأن الخلايا السرطانية تنتشر بواسطة الأقنية الليمفاوية إلى العقد الليمفاوية فإن العقد الليمفاوية نفسها بحاجة لأن تزال لتقليل إمكانية تكرار سرطان القولون. ثانياً، بواسطة تقييم العقد الليمفاوية المزالة، نستطيع أن "نحدد مرحلة" الورم بدقة (أنظر سؤال 28). إن تحديد مرحلة الورم هي ضرورية لتقرير الحاجة إلى معالجات إضافية، مثل العلاج الكيميائي. العقد الليمفاوية للقولون تقع في الأنسجة الدهنية (المساريقا) المحيطة بالأوعية الدموية التي تغذي القولون. إذاً إن انتشار السرطان له نمط محدد يتبع تموين الدم لقسم من القولون. إذاً، فخلال الجراحة، تتم إزالة المساريقا لكل المسافة نزولاً حتى بداية الأوعية الدموية التي تغذيها بالدم.

إن الإزالة الجراحية (القطع) للقولون تدعى colectomy. الأورام في الجزء الأيمن من القولون تتطلب إزالة نصف القولون الأيمن، والأورام في الجزء الأيسر تتطلب إزالة نصف القولون الأيسر. الأورام في القولون السيني تتطلب إزالة

سينية. وكمعدل، حوالى 30 إلى 45 سنتيمتراً من القولون تزال في الإزالة العادية، بالرغم من أن هذا يتفاوت مع حجم المريض ووزنه.

الكي الكهربائي
استعمال الكهرباء لتدمير الأنسجة.

الجراحات القولونية عادة ما تجرى من خلال شق في وسط بطنك يمتد إلى أعلى وأسفل سرّتك. باستعمال آلة الكي الكهربائية، وهي آلة تستخدم الكهرباء لقطع الأنسجة، يفصل القولون عن الأشياء التي تربطه بالأعضاء الأخرى والجدار البطني. المساريقا والعقد الليمفاوية تتم إزالتها. الجزء من القولون الذي يحتوي السرطان يزال، ونهايات الأمعاء يعاد ربطها بمفاغمة anstomosis (مفاغمة، وصلة معوية). المفاغمات يمكن أن تجرى بواسطة درزات تخاط يدوياً؛ مهما يكن، فإن معظمها يجري الآن بمساعدة آلات تثبيت خاصة. عندها يجري إقفال الجوف البطني. عضلات الجدار البطني يعاد "بناؤها" باستعمال مادة ماصة تبقى لعدة شهور، والجلد يقفل بمثبتات معدنية. هذه القطب تزال بعد 7 إلى 10 أيام بعد الجراحة.

37. ماذا علي أن أتوقع عندما أدخل لغرفة العمليات؟ ما هو نوع البنج الذي سيستعمل؟

يوم العملية، سوف تصل إلى منطقة ما قبل الإدخال التابعة للمستشفى عدة ساعات قبل جراحتك المقررة. كل المستندات الضرورية يتم إنهاؤها، ثم ستنقل بعدها إلى منطقة التحضير للجراحة، حيث يتم نزع ملابسك وترتدي رداء المستشفى. خلال هذا الوقت، سوف يتم استجوابك من قبل مجموعة من موظفي المستشفى فيما يتعلق بسجلك الطبي السابق، حساسيتك للأدوية، وطريقة إجراء عمليتك القادمة. احرص على أن تكون غير متضايق من التكرار؛ هذه الأسئلة تكرر لتلافي الأخطاء.

سيقوم طبيب البنج أو أحد مساعديه أو مساعديها بتقييم وضعك في منطقة التحضير، وسيوضح لك نوع البنج الذي سوف يعطى لك خلال الجراحة. أجب على كل أسئلة طبيب البنج بدقة وبصراحة لتلافي التعقيدات، واحرص على أن

تسأل أية أسئلة قد تكون لديك بخصوص البنج. عندها ستوقّع على قبـول تنـازل يصرح بأنك تتفهم مخاطر البنج. جرّاحك سيراك أيضاً في منطقة التحضير. تمتـع بالحرية كي تسأله أسئلة الدقائق الأخيرة والتي ستريحك نفسـياً. سـوف تضـطر لتوقيع وثيقة تنازل منفصلة لجراحتك. تأكد مـن أنـك توقـع علـى الإجـراءات الصحيحة.

أجب على كل أسئلة أخصائي التخدير بشكل كامل وبصدق لمنع وقوع تعقيدات.

وعندها سوف تنقل إلى غرفة العمليات نفسها. لضمان التعقيم، سوف يرتـدي الجميع غطاءً للرأس وقناع وجه. ستنقل إلى طاولة غرفة العمليات. سيكون هنـاك العديد من الناس في الغرفة بمن فيهم طبيب البنج، الجـرّاح، ممرضـة مناوبـة، ممرضة نظافة. صور أشعة – X ستكون في الأعلى على شاشـة المعاينـة فـي الغرفة. طبيب البنج سيوصل خطاً وريدياً IV في ذراعك. جوارب خاصة سـوف توضع على ساقيك كي تساعد على منع تجلط الدم في شرايينك خـلال الجراحـة. توصيلات الـ EKG سوف توضع على صدرك، وربطة قياس ضغط الدم سـوف تلف حول ذراعك. عندما تصبح أجهزة المراقبة جاهزة، سوف تعطى البـنج مـن خلال الخط IV وسوف تستسلم للنوم ولن تتذكر شيئاً حتى تستيقظ لاحقاً في غرفـة الإنعاش. خلال الجراحة، فإن قسطرة فولي (أنبوب فارغ يسـتعمل لجـر البـول) سوف توضع في مثانتك، وأحياناً مع أنبوب أنفـي – معدي (أنبوب سحب يمتد من الأنـف نـزولاً إلـى المريء والمعدة لسحب محتويات المعدة).

قسطرة

أنبوب مجوّف يستعمل لسحب أو ضخ سائل.

جراحة القولون تتطلب بنجاً عمومياً. سـتكون نائماً كلياً مع أنبوب تنفس يوضع في قصبتك الهوائية وجهاز تهوئة يتحكم بتنفسك. البنج العمومي يسـمح باسترخاء العضلات، والـتحكم بـالألم، والنسـيان. سوف لن تتذكر أي شيء عن جراحتك.

أنبوب أنفي معدي

أنبوب سحب يوضع خلال الأنف نزولاً إلى المريء والمعدة لسحب محتويات المعدة.

تخدير فوق الجافية

التخدير الذي يجرى بواسطة قسطرة صغيرة التي تدخل إلى تجويف الجافية حول الحبل الشوكي.

بالنسبة لبعض المرضى فإن طبيب البنج يمكن أن يأمر بالتخدير فوق الجافية للمزيد من التحكم بالألم. التخدير ما فوق الجافية يستعمل قسطرة صغيرة تدخل إلى الفراغ الموجود حول الحبل الشوكي. عندها يصبح بالإمكان أن يوصل البنج مباشرة إلى الأعصاب الحسية البارزة من الحبل الشوكي. لهذا السبب، فالتخدير ما فوق الجافية يوفر أفضل تحكم بالألم، ويسمح باللجوء إلى تخدير عمومي أقل خلال الجراحة. إن كان هناك استعمال أقل لغازات الاستنشاق فسيكون التخدير العمومي أكثر أمناً وأكثر تحملاً بالنسبة للمرضى. بعد الجراحة، فإن قسطرة ما فوق الجافية يمكن أن تبقى في مكانها ويصبح بإمكانك عندها تناول أدوية تخفيف الألم بنفسك وذلك باستعمال آلة تحكم خاصة. وستكون الحاجة أقل إلى أدوية تخفيف الألم الفموية، وهكذا يكون الغثيان أقل بعد العملية. التخدير ما فوق الجافية يستعمل عادة لتخفيف الألم خلال توليد الأطفال. إنه إجراء شائع، آمن جداً، والمضاعفات نادرة. أية أسئلة حول تخدير ما فوق الجافية يمكن أن تناقش مع طبيب البنج قبل الجراحة.

بعد أن تتم جراحتك، سوف تجري مراقبتك في غرفة الإنعاش لساعة أخرى أو اثنتين. يجب أن لا تقلق لعدد الأنابيب والأسلاك الموصولة إليك لأن ذلك هو إجراء روتيني لما بعد الجراحة وهو عادي جداً. وحين يصبح استيقاظك جيداً في غرفة الإنعاش، سيسمح لعائلتك أن تراك لفترة قصيرة. وعادة يتم نقل المرضى إلى طوابق المستشفى العادية لاحقاً ذلك اليوم.

38. ما هي مخاطر الجراحة؟

إن المخاطر التي تمثلها جراحة سرطان القولون هي شبيهة للمخاطر الناجمة عن أية جراحة بطنية أخرى. وهذه تشمل مخاطر البنج العمومي، النزيف الذي يستوجب نقل الدم، عدوى ما بعد الجراحة، وحتى الوفاة. وبفضل التحسينات المستمرة في التخدير والجراحة، فإن مخاطر هذه المضاعفات تستمر في الانخفاض. مهما يكن، فليس بالإمكان دائماً تحديد مخاطر الجراحة لأن الكثير

يعتمد على العوامل الشخصية، مثل الصحة الأساسية للمريض ومدى انتشار الورم محلياً وبعيداً.

إن حتمية الخضوع للجراحة هي تجربة مهمة في الحياة. من الطبيعي أن تشعر بالضيق وبالضغوط حول الجراحة. مهما يكن، حاول أن تتذكر بأن الجراحة هي دائماً موازنة بين المخاطرة والاستفادة؛ يجب أن تأخذ مخاطر صغيرة لقهر التحدي الأكبر للسرطان القاهر. نحن نوفر لك لائحة بالمضاعفات المحتملة للجراحة حتى تكون على بينة من بعض المخاطر المحتملة والاستفادة المرجوة. المخاطر يمكن أن تبدو مخيفة وقاهرة. تذكر، مع هذا بأن الاستفادة من الجراحة تفوق بكثير العدد الصغير للمضاعفات النادرة.

نقل الدم: خلال الجراحة، يوجد دائماً الخطر من النزيف (فقدان الدم) الذي من الممكن أن يستوجب نقل الدم الذي يحمل معه خطر انتقال الفيروسات. التهاب الكبد B، التهاب الكبد C، فيروس القصور المناعي البشري (HIV) هي العدوى الفيروسية التي تحمل أعلى احتمال للتسبب بالمرض. مع بروتوكولات الفحص الحالي، مهما يكن، فإن مخاطر اكتساب مرض ما خلال نقل الدم هي نادرة جداً. إن احتمال الحصول على وحدة دم ملوثة تتراوح بين واحد في 250,000 لالتهاب الكبد B إلى واحد في المليون بالنسبة لـ HIV. وبالرغم من أن مخاطر الحصول على دم ملوث هي منخفضة جداً، فإن العديد من الأفراد يريدون مع هذا بأن يقوموا بالتبرع الذاتي (من دمهم هم) قبل الجراحة. إن تبرعك بدمك أنت قد يكون معقداً أكثر مما تتصور. مرضى سرطان القولون يميلون لأن يكونوا مصابين بفقر الدم (تعداد خلايا دم منخفض)، ولهذا فقد لا يستطيعون التبرع بأي كمية من الدم، وحتى إنهم قد يحتاجون إلى نقل دم قبل الجراحة. أفراد العائلة بإمكانهم التبرع إن كانوا يحملون نفس فئة الدم التي لك، ولكن تبرعهم مع هذا يجب أن يخضع لفحص دم روتيني، وهذا يستغرق عدة أيام. عموماً، مع الكمية القليلة من الدم التي تفقد خلال جراحة قولون ومستقيم عادية، فإن التبرعات ما قبل الجراحة نادراً ما تكون ضرورية.

العدوى: إن مخاطر العدوى تزيد بعد الجراحة المعوية لأن القولون يحتوي على تركيزات كبيرة من البكتيريا. وكما سبق وصفه، فإن استعمال المستحضرات

المعوية في مرحلة قبل الجراحة تخفف من مخاطر العدوى بعد الجراحة. مهما يكن، حتى مع نظافة كافية، فإن خطر العدوى موجود، والأكثر شيوعاً هو في الجلد، مثل عدوى الجروح. إن حدوث عدوى الجروح يتراوح بين 10% في جراحات القولون. إصابات الجروح غير المعقدة تعالج بسهولة وذلك بإزالة بعض مثبتات الجلد وبالسماح بالتصريف الكافي. إن تغيير الضمادة الملحية والتي تجري ثلاث مرات يومياً تساعد على شفاء الجرح من الداخل إلى الخارج.

خلال الجلد

خلال الجلد.

إن العدوى داخل البطن بعد الجراحة هي أقل حدوثاً، لكنها يمكن أن تكون أكثر خطورة وتعقيداً وتحتاج إلى تصريف جلدي (خلال الجلد)، جراحة أخرى، أو حتى فوهة صناعية مؤقتة. عادة يبذل كل مجهود لتقليل عدوى ما بعد الجراحة، باستخدام تقنيات معقمة وحماية خاصة للجروح.

التسرب التفاغمي: عندما توصل الأمعاء بواسطة مفاغمة، هناك دائماً خطر انفصال الأطراف وبدء تسرب محتويات الأمعاء. "التسرب التفاغمي" يحدث من بين 2% إلى 4% من جراحات القولون، وهذه تبلغ نصف مخاطر جراحات المستقيم. العديد من التسربات هي صغيرة وتلاحظ فقط من خلال الفحص الإشعاعي. لا تتسبب التسريبات بأية أعراض جسدية مهمة. إن هذه يمكن معالجتها عادة بالملاحظة (المراقبة)، النظام الغذائي، ومضادات حيوية وريدية. التسريبات الكبيرة، مع ذلك، قد تكون مهددة للحياة وتحتاج إلى إعادة استكشاف جراحي ووضع فوهة (أنظر سؤال 46). وبسبب خطر التسرب التفاغمي في مفاغمات المستقيم، فإن العديد من الجراحين يقومون بوضع تفميم لفائفي مؤقت (فوهة من الأمعاء الدقيقة). التفميمات اللفائفية المؤقتة لا تمنع التسرب من مفاغمات المستقيم؛ مهما يكن، فإنها تحمي من المضاعفات المعدية التي يمكن أن يسببها هذا التسرب.

انسداد الأمعاء الدقيقة: خلال عملية الشفاء بعد الجراحة البطنية، فإن أنسجة ندوب من الممكن أن تتشكل داخل التجويف البطني بين لفائف الأمعاء. هذه الوصلات تدعى لاصقات وهي تغيّر باستمرار خلال عملية الشفاء. إذا ما التفت لفافة معوية حول لاصقة، فإن انسداداً معوياً ينتج عن ذلك. محتويات الأمعاء تواجه

انسداداً، وتسبب نفخة بطنية، وغثياناً، وتقيوءاً. الانسدادات المعوية الجزئية يمكن معالجتها بطرق غير جراحية، بواسطة سوائل IV وأنبوبٍ أنفي معدي يستعمل لسحب محتويات المعدة للمساعدة على حل الانسداد؛ مهما يكن، فإن عدداً محدوداً من الحالات يحتاج إلى جراحة بطنية لإزالة الالتصاق المؤذي.

39. إلى أي مدى أحتاج إلى البقاء في المستشفى بعد جراحة قولون روتينية؟ وماذا أتوقع خلال إقامتي بالمستشفى؟

بعد الجراحة، سوف تعالج بالمستشفى لحوالى 5-7 أيام. السبب الرئيسي لهذا أنه بعد أية جراحة بطنية، فإن الأمعاء تصبح "مشلولة" ولا تعمل طبيعياً لحوالى 5-7 أيام. هذا يدعى انسداداً معوياً. خلال هذا الوقت، قد تشعر قليلاً بالغثيان وتتمتع بشهية ضعيفة. قد لا تستطيع أن تأكل وتشرب الكثير، ولهذا فإن سوائل تضخ باستمرار لكي لا تصاب بالتجفاف. إن قسطرة فولي، التي تكون قد وضعت خلال الجراحة، ستبقى داخل مثانتك كي يصار إلى الحصول على قياس دقيق لبولك وللحكم بصورة غير مباشرة على حالة السوائل العامة. إن الأنبوب الأنفي المعدي (الذي يجري من أنفك إلى معدتك) يمكن وضعه خلال الجراحة لسحب محتويات المعدة وهكذا يمنع الغثيان نتيجة للانسداد المعدي.

انسداد معوي شللي

تأخر في وظائف الأمعاء بعد جراحة بطنية.

في اليوم الأول بعد الجراحة، سوف تشجع للخروج من السرير لكي تمشي قليلاً. هذا يمكن أن يكون صعباً بسبب الألم الطبيعي الذي تمر به نتيجة الشق البطني. سوف تتلقى معالجات الألم وريدياً (تعطى خلال الوريد)، أو عضلياً (تضخ داخل عضلاتك)، أو فموياً (تؤخذ بالفم). جهاز آخر، يدعى **جهاز تسكين الألم الذاتي (PCA)**، يسمح لك بالتحكم بنفسك بالجرعات الوريدية لأنواع محددة من مسكنات الألم، وهو شائع الاستعمال بعد الجراحات القولونية. أهم المعوقات لهذه المسكنات هو أن

تسكين الألم الذاتي

مضخة موصولة إلى خط وريدي يسمح لأدوية تسكين الألم بأن تضخ ذاتياً من قبل المريض.

بإمكانها إطالة الانسداد المعوي (الكسل المعوي) بعد الجراحة، وهذا سبب هام لاستعمال أقل للمسكنات. مهما يكن، فإن العديد من المرضى يخافون تلقي الكثير من هذه العلاجات حتى لا يصبحوا مدمنين، أو أسوأ من ذلك، أن يتلقوا جرعة مفرطة. هذه المخاوف لا أساس لها. إنه لمن الأكثر أهمية لك أن تخرج من السرير وتمشي قدر استطاعتك في أبكر وقت ممكن. أجهزة PCA مظبوطة بدقة، وتحد من كمية المسكن التي تستطيع أخذها. وحتى لو ضغطت الزر عدة مرات لدقائق قليلة، فإن جهاز PCA سوف يقوم بتمرير الكمية المناسبة فقط من المسكنات. لا يمكن الإفراط في الجرعة. ثانياً لأن الجهاز يساعدك على تمرير هذه المسكنات بطريقة مناسبة، فسوف لن تصبح مدمناً.

عادة ما تبدأ بوجبة سائلة لمدة يوم أو يومين بعد الجراحة. كل يوم سيقيّم طبيبك تقدمك وسوف يسمح لك تدريجياً بتناول أطعمة لينة ومن ثمّ طعام طبيعي، وهذا يعتمد على مدى تحملك للتغيرات. ما أن تستطيع أن تتخلص من الغازات وتحرك أمعائك، فإنك تصبح جاهزاً للعودة إلى البيت.

تعليق باتي:

لقد سألت طبيب البنج ليضع لي أنبوب NG (الأنبوب الأنفي المعدي) وقسطرة المثانة بعد أن أكون قد خضعت للتخدير، كي لا أشعر به. أنا أعرف أن أنبوب NG سوف يساعد على منع الغثيان بعد الجراحة، لكن قطعياً لم أتوقع أن أستيقظ بينما كان يوضع في مكانه. لقد كانت هذه أول جراحة لي مع أنبوب NG وهذه أول مرة لا أشعر فيها بالغثيان بعدها. إني أعرف أنه كلما مشيت وتحركت أكثر، كلما كانت معاودة القولون لعمله أسرع. فمن كان يعلم بأن تمرير الغازات يمكن أن يكون مصدراً للقياس؟ لكن هذا كان يعني أنه يمكنني البدء بوجبة غذاء سائلة مرة أخرى. لقد خرجت من المستشفى، وذهبت إلى البيت بعد أربعة أيام من الجراحة.

40. هل سيتضرر الشق البطني إن غادرت سريري بعد العملية؟ وهل سيكون عندي ندبة كبيرة؟

يجب أن لا تقلق حول أذية نفسك بنشاط مبكر بعد الجراحة. وبالرغم من أنه من غير المريح التجول مباشرة، فسوف تلقى التشجيع بعد يوم الجراحة الأول

للخروج من السرير والمشي. إذا شعرت بضعف شديد، فمن المهم جداً أن تجلس ولو على كرسي. الواجب الأهم عليك كمريض هو أن تنهض وتتجول في اليوم اللاحق للجراحة؛ النشاط المبكر سوف يقلص من مخاطر الالتهاب الرئوي أو التجلط في ساقيك، وسوف يشجع أمعائك لترجع أسرع إلى الوضع الطبيعي. وهذا بسبب أن أوجاع ما بعد العملية تدفع بالمرضى للبقاء بالسرير، وأخْذ نفس بسيط. إن المجهود المتناقص للتنفس والسعال الخاطئ يمكنهما أن يسببا انهيار أجزاء صغيرة في قاعدة الرئتين. مع الوقت، فإن هذا سوف يتسبب لك بالحمى، أو حتى الالتهاب الرئوي. إنك لن تؤذي الشق البطني بالتجول في أبكر وقت أو السعال بقوة. للمساعدة على تخفيف الألم خلال السعال، خذ وسادتك، واربطها حول بطنك من الأمام، ومسكها بإحكام حول بطنك خلال السعال. كأطباء فإننا لا يمكننا أن نشدد بصورة كافية على أهمية الحركة الباكرة بعد الجراحة.

المهمة الأهم لك كمريض هي أن تنهض وتتجول
باليوم التالي بعد الجراحة.

بعد عودتك للبيت، سوف يكون بإمكانك استئناف نشاطاتك المعتادة بسرعة نسبية. مهما يكن، يجب عليك أن تتفادى الإجهاد، أو حمل الأشياء الثقيلة لحوالى 6 أسابيع. استفد من هذه الحالة! إنها الفرصة المثالية لتفادي العمل البيت، ولتمكين شريكك وأعضاء عائلتك من الاهتمام بك. باستطاعتك صعود الدرج والقيام بأعمال بسيطة؛ مهما يكن يجب أن لا تقود لحوالى أسبوعين بعد الجراحة. خلال هذا الوقت، سيكون بإمكانك أخذ دشّ وتبليل شقك البطني. باستطاعتك غسله بالماء والصابون وحتى إن تبلل المثبتات إن كانت لا تزال في مكانها. يجب عليك أن لا تأخذ حماماً أو أن تأخذ مغطساً حاراً بسبب احتمال العدوى.

إن الندوب التي تنتج عن معظم جراحات القولون البطنية تجري أعلى وأسفل حول السرة (زر البطن) في وسط البطن وتبلغ حوالى 10-15 سنتيمتراً طولاً. معظمها سيشفى تاركاً ندوباً بسيطة؛ مهما يكن، فإن بعض المجموعات العرقية،

وخاصة الأفريقية – الأمريكية، يمكن أن يتكون لديها نـدوبٌ كبيـرة، وسـميكة، ومنحنية متضخمة تدعى جُدَرَة "keloid". إن أفضل متكهن بكيفية مظهر ندوبك هو شكل الندوب الأخرى التي يمكن أن تكون لديك.

تعليق باتي:

إن الشق البطني يخاط في مكانه من الداخل والخارج. إن جسمك سوف يعلمك عندما تقومي بإجهاده، ثقي بي. عندما تستيقظين، اضغطي بوسادة على بطنك وببطء حركي ساقيك لجهة السرير. لقد أمرتني الممرضات لأضغط زر PCA قبل أن أخرج من السرير؛ إن استباق الألم قد ساعدني. من المؤكد أنني كنت أبدو بعمر المئة في المرات الأولى التي مشيت فيها وتعثرت، لكن كان باستطاعتي الوقوف مجدداً وبسرعة. نعم إنها مؤلمة عند البداية، لكنك ستدهشين لسرعة شفائك.

41. كيف يمكنني الاستغناء عن قسم من قولوني؟ ما هي أنواع الطعام التي لا أستطيع تناولها بعد الجراحة؟

بالرغم من أن قسماً من قولونك قد أزيل خلال الجراحة، فإن الأمعاء الغليظة الباقية عادة ما تستطيع التعويض بسهولة. في الفترة المباشرة بعد الجراحة، مهمـا يكن، فمن الممكن أن تصاب بالإسهال وتحركات معوية زائدة. هذا طبيعي كلياً. من الممكن أن يستمر الأمر شهوراً عدة قبل أن يتأقلم القولون مـع الجـرح المسـبب بالجراحة. خلال هذا الوقت، قد يكون مساعداً أن تغير وجباتك إلى الأنـواع التـي تنتج متبقيات أقل، وألياف أقل لتقليل الكتلة التي تدخل إلى القولون. جدول 6 يحتوي على بعض الأغذية القليلة الألياف. شهور عدة بعد الجراحة، فإنه من المستبعد جداً أن تلاحظ أي فرق في عاداتك المعوية بالنسبة للمستوى الذي كانـت عليـه قبـل استئصال القولون.

قد يكون من المساعد لك أن تغير وجباتك إلى تلك القليلة المخلفات، ووجبات منخفضة الألياف.

تعقيب كايت:

بعد كل جراحة من جراحاتي التي أجريتها، كانت أمعائي تأخذ وقتاً لتعود إلى وظيفتها المعتادة. وحتى اليوم، فإن بعض الأطعمة تسبب لي برازاً متكرراً وغير منتظم، وعادة يكون لي عدة تحركات معوية طبيعية عدة مرات باليوم. مهما يكن، فيمكنني تناول الكثير من السلطة، الفواكه، وخضار مطبوخة قليلاً. كما يمكنني تناول وجبة حبوب قمح كاملة يومياً. كل ذلك وفنجان قهوة ساخن يساعد على إفراغ أمعائي في الصباح وتلافي الإلحاحات والحوادث خلال اليوم.

جدول 6 الوجبات الغذائية الموصى بها بعد الجراحة

- **الخبز، الحبوب، والكربوهيدرات:** تناول: الخبز المصفى، الخبز الأبيض، اللفائف، البسكويت، الفطائر، قطع الكاتو الصغيرة، البانكيك، الحبوب المصفاة (الأرز المسحوق، ورقائق الذرة)، الرز الأبيض، البطاطا الحلوة، المعكرونة. تجنب: الحبوب الكاملة، الطحين المجروش، خبز الشعير، خبز الجودار، نخالة الحبوب، البسكويت من الحبوب الكاملة، خبز الذرة، فطائر الذرة، الشعير، الرز الأسمر، والرز البري.
- **اللحوم والبروتينات:** تناول: اللحوم المطحونة والمطبوخة جيداً، السمك، الدواجن، البيض، التوفو من حبوب حبوب الصويا، زبدة الفستق الناعمة. تجنب: اللحوم ذات الألياف الصلبة، البيض واللحم المقليان، الحبوب البقلية (مثل اللوبياء المجففة، الفاصولياء، حبوب navy، حبوب lima، الفاصولياء السوداء الصغيرة أو اللبلاب)، زبدة الفستق الخشنة.
- **الفواكه:** تناول: الفواكه المعلبة والمطبوخة، التفاح المطبوخ applesauce، الموز، البطيخ الأصفر، الندوة العسلية، البابايا، الدراق، الخوخ، الأجاص، البطيخ. تجنب: الفواكه ذات القشرة والبزر، كل الفواكه المجففة، العصير مع اللب.
- **الخضار:** تناول: معظم الخضار دون البزر، الخضار المعلبة، الخيار، الفلفل الأخضر، السبانخ، الكوسى، اليقطين. تجنب: حبوب فاصوليا العريضة lima، البازلا، القنبيط، الجزر الأبيض، الذرة.
- **الدهنيات:** تناول: المارجرين، الزبدة، المايونيز، الزيوت النباتية، صلصة السلطة، الكاتو البسيط، البيتيفور، السوربيه، الحلويات، الكسترد، الجلو، البوظة، اللبن المجمد. تجنب: البندق، البزور، الفوشار، رقائق البطاطا، الزبيب، الشوكولاتة، جوز الهند، المخللات، الزيتون.
- **مستخرجات الألبان:** معظمها مسموح به، لكن تجنب الجبنة العالية النكهة.

لقد قللت من اللحوم، وبالأخص مع الدهن أو المرق، التي تسبب الإسهال مع حاجة قوية للذهاب إلى التواليت. الأطعمة الدهنية أو المفلفلة لها نفس المفعول.

ولأنني في الماضي قد عانيت من انسدادات معوية متكررة، فإني أحاول أن أتناول الأطعمة التي تمضغ جيداً، متجنبة اللحم القاسي، الكرافس، ومعظم الخضار النيئة، الفوشار، الذي ما زلت أحن إليه، لكنه يسبب مشاكل خطيرة، لذا لا أتناوله إطلاقاً.

إن استئصال المستقيم، عموماً لن يسبب مشاكل مختلفة عن تلك التي تحدث في عملية قطع قولون عادية. لأن المستقيم هو خزان الفضلات قبل عملية التبرز، فإن استئصاله له تأثير أكبر على الحياة. الأعراض المتكررة للأمعاء والحاجة إلى الإفراغ شيء عادي وعادة لا ترجع الأمعاء لمستويات ما قبل الجراحة. إن النتائج المترتبة على جراحة المستقيم مشروحة في سؤال 44.

42. ما هي جراحة تنظير البطن؟ وهل بالإمكان استعمالها لمعالجة سرطان القولون؟

إن جراحة منظار البطن هي النموذج "للجراحة الأقل إيذاءً". بدلاً من إحداث شق بطني طويل، ففي جراحة تنظير البطن، تُستعمل أجهزة خاصة تمكّن من إجراء جراحة رئيسية من خلال عدة شقوق جلدية صغيرة. ومنذ نهاية الثمانينات من القرن الماضي، فإن تقنيات جراحة تنظير البطن أصبحت أساس المعالجة في بعض الجراحات، مثل إزالة المرارة وإصلاح الارتداد الحامضي المريئي.

في تقنية تنظير البطن، فإن شقاً صغيراً بطول سنتيمتر واحد يفتح تحت السرة (زر البطن)، وأنبوب (مبزل) يدخل خلال الجدار البطني. بعدها ينفخ غاز ثاني أكسيد الكربون في المبزل، والذي يوسع البطن مثل البالون، مما يفسح بالمجال لتداول ومعالجة الأعضاء الداخلية. توضع كاميرا، طويلة ورفيعة، في المبزل داخل الجوف البطني، عارضة منظراً مكبراً للأعضاء الداخلية على شاشة مراقبة تلفزيونية في غرفة العمليات. توضع ثلاثة أو أربعة مبازل إضافية من خلال شقوق إضافية صغيرة ومنفصلة، (5-10 ملم) في الجدار البطني. ومن خلال استعمال آلات متخصصة تمرّ من خلال المبازل، فإن الجراحة التي تتطلب عادة شقاً كبيراً يمكن أن تجرى داخل البطن. على سبيل المثال، المرارة يمكن أن تزال أو قطعة

من الأمعاء بالإمكان قطعها من خلال شق صغير جداً. وعند نهاية العملية، فإن شقاً أكبر قليلاً بقياس 3-6 سنتيمتر يفتح لسحب القسم من القولون من داخل التجويف البطني. أحياناً هذا الشق، يمكن إخفاؤه تحت خط الحزام.

جراحة تنظير البطن هو حقل في تجدد دائم، حيث التحسينات في التقنية أصبحت شيئاً عادياً. فعلى سبيل المثال باستطاعة الجراحين الآن وضع يد واحدة داخل البطن من خلال شق أصغر للمساعدة في جراحة التنظير. في بعض المؤسسات، فإن روبوتات آلية تحل محل المساعدة البشرية. هناك عدة طرق لإجراء جراحة قولون بتنظير البطن؛ مهما يكن، فإن الشيء المشترك بين كل تلك التقنيات هو استعمال شقوق جلدية أصغر من تلك الموجودة في الجراحة المفتوحة.

إن الحسنة الرئيسية في جراحة تنظير البطن هي الألم الأقل بعدها. إن معظم آلام ما بعد الجراحة ينتج عن شق بطني طويل وتمدد عضلات البطن خلال العمليات الجراحية المفتوحة. ولأن الشقوق أصغر ولأن الجراحة تجري داخل البطن، فإن هناك ألماً أقل في حالة جراحة تنظير البطن. عموماً، فالمرضى يستعملون مسكنات أقل ويغادرون السرير أسرع في استشفائهم. ووظيفة أمعائهم ترجع إلى الوضع الطبيعي بصورة أسرع، ويمكن أن يكون هناك مضاعفات تنفسية أقل في بعض المرضى. تجميلياً، فإن الشقوق هي أصغر بكثير، لذلك فالندوب أقل بروزاً، وبعض الندوب يمكن أن تخفى في طيات الجلد، أو تحت حدود البيكيني. الإقامة في المستشفى تكون عادة يوماً أقل من حالة الجراحة المفتوحة. بعض الجراحين يعتقدون أن لاصقات أقل تتشكل بعد جراحة التنظير البطني، وهذا يمكن أن يعني مخاطرة اقل لانسداد الأمعاء الدقيقة لاحقاً؛ مهما يكن، فلم يصار بعد إلى إثبات ذلك بشكل واضح. إن جراحة تنظير البطن تقدم عدة فوائد، ولكن هناك بعض الحدود لهذه التقنية عندما تطبق على استئصال القولون الجزئي.

تقنياً فإن جراحة تنظير البطن هي أصعب إنجازاً من جراحة البطن المفتوحة. تقنيات جراحة تنظير البطن هي أصعب للتعلم، وهناك مخاطر لتعقيدات أكثر من قبل الجراحين الأقل خبرة. هذه الجراحات تأخذ وقتاً أطول كي تنجز وهكذا فإنها تستغرق وقتاً أطول للتخدير العمومي. للأسف، فإن التخدير الأطول يمكن أن يكون

له تأثيرٌ عكسيٌ على المرضى غير الأقوياء الذين يعانون من مشاكل صحية متعددة. أخيراً، فإن الجرّاح له قدرة أكبر ليتحسس بيديه أو يديها خلال الجراحة المفتوحة، وهذه الاستطاعة محدودة في تقنيات تنظير البطن. وهكذا فإنه على الرغم من أن جراحة تنظير البطن قد أصبحت أساساً للمعالجة في جراحة المرارة، فإنها لم تصبح بعد أساساً لجراحة القولون.

جراحة تنظير البطن مقبولة لمعالجة أمراض قولونية حميدة مثل التهاب الرتج diverticulitis، ولكنها لا تستعمل بشكل واسع في جراحة السرطان. ولأن جراحة التنظير البطني هي تقنياً أصعب إجراءً، هناك مخاوف من قيام الجراحين الأقل خبرة باستئصال ورمي غير كافٍ (إزالة جراحية) تؤدي إلى نتائج مستقبلية أسوأ. يعتقد آخرون بأن نفخ البطن بالغاز، قد يسبب انتشار خلايا ورمية في أنحاء البطن أثناء جراحة تنظير البطن. نظرياً، هذه الخلايا يمكن أن تكبر، متسببة بالنقائل في أماكن إنزال المبزل وحتى في أنحاء البطن.

لهذه الأسباب، فإن استعمال تنظير البطن لسرطان القولون يجري اختباره في دراسة على صعيد وطني تجريبي وهذه تقارن جراحة سرطان القولون بالتنظير البطني مع إزالة القولون بالجراحة المفتوحة. إن متابعة هؤلاء المرضى ليست طويلة بالشكل الكافي للخروج باستنتاجات حول ما إذا كانت عواقب السرطان متساوية في كلتا العمليتين. وهكذا مع أن دراسات سابقة قد أظهرت نتائج متقاربة مع جراحة تنظير البطن ولم يكن هناك من دليل على ازدياد المرض أو تهديد للبقاء، فإن جراحة تنظير البطن لسرطان القولون ينبغي اعتبارها تحت الاختبار وذلك حتى ظهور نتائج الدراسة الوطنية. إن الأشخاص الذين يختارون الخضوع لجراحة تنظير البطن لسرطان القولون يجب أن يتفهموا أن النتائج الطويلة الأمد لم تعرف بعد وأنها ما تزال في طور التجربة.

43. هل بإمكاني إجراء جراحة ليزرية لسرطاني القولوني المستقيمي؟

العديد من المرضى يريدون "جراحة ليزرية" لسرطانهم القولوني المستقيمي.

إن الليزر يستخدم حزمة ضوئية عالية الطاقة ليحرق ويقطع (يدمر) الأنسجة. الليزرات تستخدم كثيراً لإزالة ثآليل ما حول الشرج وأحياناً لإحراق سرطانات المستقيم المعترضة، للأسف فإن جراحة الليزر لسرطان القولون غير موجودة. أحياناً يخلط الناس بين الجراحة الليزرية مع جراحة تنظير البطن.

44. ما هي خيارات المعالجة لسرطان المستقيم - وهل هي مختلفة عن خيارات سرطان القولون؟ هل أحتاج إلى جراحة؟

تمثل جراحة المستقيم معضلات مختلفة عن جراحة سرطان القولون لعدة أسباب. مع أن القولون يتحرك بحرية داخل البطن، فإن المستقيم يقع عميقاً داخل الحوض وهو مربوط بالعمود الفقري وجُذُر الحوض الجانبية. استئصال المستقيم proctectomy تقنياً أكثر صعوبة، وتعقيدات أكثر تحدث في هذه الجراحة من جراحة القولون. المستقيم يقع بجانب أعضاء مهمة داخل الحوض، بما فيها الأوعية الدموية الرئيسية للساقين؛ الحالبان اللذان يحملان البول من الكليتين إلى المثانة؛ البروستات؛ المثانة؛ والمهبل. إن العمل داخل التجويف المغلق للحوض، يجعل أمراً ممكناً احتمال جرح هذه الأعضاء خلال الجراحة. بالإضافة لذلك، فإن الأعصاب المسؤولة عن الأداء الطبيعي لوظيفة البول والأداء الطبيعي لوظيفة الجنس، هي قريبة من المستقيم. إن تعطيل هذه الأعصاب يمكن أن يسبب مشاكل بولية وجنسية. إعادة وصل القولون بالمستقيم الأسفل أو القناة الشرجية يمكن أن يكون صعباً عند المرضى البدينين أو أولئك الذين يملكون حوضاً ضيقاً. بسبب الصعوبات التقنية لهذه العمليات، فإن استئصال المستقيم يسبب تكراراً لأورام أكثر في الحوض من تلك التي تنشأ مع استئصال القولون.

استئصال المستقيم
الإزالة الجراحية للمستقيم.

سبب آخر لاختلاف جراحة المستقيم عن جراحة القولون هو أن وظائف هذين العضوين مختلفة كلياً عن بعضها. إن قدرة القولون على امتصاص السوائل هي كبيرة جداً، وهذا يعني أنه في حالة استئصال قسم منه، فإن القسم الآخر سيعوض

هذه المهمة بدلاً منه. المستقيم من الجهة الأخرى، يخزن البراز وهو يلعب دوراً رئيسياً في قدرتنا على الاحتفاظ بالبراز في الداخل حتى تأتي فرصة اجتماعية مناسبة. إن دوره لا يمكن أن يستبدل بسهولة، وفي معظم الحالات، فإن الوظيفة المعوية لا يمكنها أن تعود أبداً إلى مستوياتها الطبيعية لما قبل الجراحة بعد إجراء جراحة المستقيم. أخيراً، في حالات متقدمة لسرطان المستقيم، فإن عضلات المصرة الشرجية، التي تسيطر على قدرتنا على الاستمساك، تستأصل خلال جراحة متقدمة. مع إزالة هذه العضلات، فإنه لا يعود بالإمكان إعادة وصل الأمعاء وفوهة دائمة قد تكون ضرورية. لهذه الأسباب، فإن تفاصيل جراحة المستقيم تشرح منفصلة.

كما في حالات الورم القولوني، الإزالة الجراحية بالضرورة هي العلاج الوحيد لسرطان المستقيم. إن الجزء من المستقيم الذي يحوي الورم يجب أن يزال، بما فيه الأنسجة الدهنية المحيطة بالأوعية الدموية التي تغذي القولون والعقد الليمفاوية المجاورة. بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض الأنسجة السليمة الموجودة حول الورم يجب أن تزال لتقليص مخاطر معاودة الورم. إن الطرق الجراحية لسرطان المستقيم تتراوح بين اقتطاعات محدودة لسليلات سرطانية صغيرة، وبين طرق بطنية متقدمة، وكبيرة للأورام الأكثر تقدماً. العمليات التي تبقي على المصرة الشرجية وتتجنب المفاغرة تدعى الطرق "المبقية على المصرة". أمثلة على ذلك تشمل الإزالة الأمامية، الإزالة الأمامية السفلية، والاستئصال عبر - الشرجي. عندما لا يمكن الإبقاء على المصرة فإن استئصالاً بطنياً عجانياً abdominoperineal يصبح محتماً، والذي يزيل المصرة الشرجية ويتطلب مفاغمة دائمة. أما الخيارات بالنسبة لسرطان المستقيم فإنها مشروحة فيما يلي:

الاستئصال الأمامي

الإزالة الجراحية للقسم السفلي من القولون السيني أو المستقيم العلوي تجرى خلال شق في أسفل البطن.

الاستئصال الأمامي الجزئي (AR): في حالة الاستئصال الأمامي الجزئي، فإن الأورام الموجودة في القسم العلوي من المستقيم تُزال من خلال شق في القسم الأسفل من البطن. المستقيم الأعلى والقسم السفلي من القولون يُزالان، ثم في النهاية يتم ربط النهايات ثانيةً.

الاستئصال الأمامي السفلي (LAR) الجزئي:

الاستئصال الأمامي السفلي الجزئي يستعمل للأورام في وسط وأسفل المستقيم. كما في الاستئصال الأمامي، فإنه يتم الوصول إلى الأمعاء من خلال شق في القسم السفلي من البطن؛ مهما يكن، فإن أنسجة أكثر تزال في هذه العملية، بما فيها معظم المستقيم وكل المساريقا التابعة له (مساريقا المستقيم) نزولاً إلى عضلات المصرة الشرجية. إن استئصال مساريقا المستقيم الكامل (TME) هذا هو الأساس الحالي لمعالجة الأورام السفلية وله أدنى نسبة لتكرار الورم داخل الحوض. ثم يصار إلى وصل القولون للقسم الأدنى من المستقيم أو القناة الشرجية (المفاغمة القولونية الشرجية). ولأن مفاغرة دائمة غير مطلوبة، فهذه العملية تعتبر عملية مبقية على المصرة. مهما يكن، فإن مفاغرة لفائفية مؤقتة (لفافة من الأمعاء الدقيقة تخرج إلى الجلد) قد تكون ضرورية لحماية هذه المفاغمة خلال فترة التماثل للشفاء (أنظر سؤال 46).

الاستئصال الأمامي السفلي

استئصال المستقيم السفلي من خلال شق في أسفل وسط البطن.

استئصال كلي لمساريقا المستقيم

الإزالة الجراحية لمعظم المستقيم وكامل المساريقا المحيطة به.

Abdominoperineal Resection (APR):

الاستئصال البطني العجاني أو (APR) كان سابقاً الأساس لمعالجة الأورام في المستقيم السفلي. يصار إلى إحداث شقين، واحد خلال البطن، والشق الثاني حول الشرج في العجان (العجان هو المكان في الجسم المحيط بالشرج والأعضاء التناسلية). خلال APR، فإن الشرج، المستقيم، والعضلات المحيطة بالقناة الشرجية يصار إلى إزالتها كلياً. ولأن عضلات المصرة الشرجية تستأصل، فإن تسلسل الأمعاء لا يمكن إعادته، وتفميم القولون يصبح ضرورياً بعد APR.

الاستئصال البطني العجاني

إزالة جراحية للشرج، المستقيم، والعضلات المحيطة بالقناة الشرجية. لأن عضلات المصرة الشرجية تزال، فإن تفميماً قولونياً دائماً يكون ضرورياً.

العجان

المنطقة من الجسم حول الشرج والأعضاء التناسلية.

حديثاً، فإن السرطانات الشرجية السفلية التي كانت عادة تستوجب APR قد بدأ بصورة متزايدة بمعالجتها بعمليات مبقية على المصرة والتي تتفادى تفميماً قولونياً دائماً. السبب الأساسي لهذا التغير هو استعمال مثبتات جراحية دائرية حديثة سهلت العملية. إضافة لذلك، فالأورام الصغيرة بأسفل المستقيم تزال من خلال الشرج (أنظر القسم التالي). إذاً، فعملية APR هي الآن محصورة بالأورام الكبيرة التي تقع أقصى أسفل المستقيم والتي تؤثر في عضلات المصرة الشرجية. سنوياً، نجد أن عدد عمليات APR يتناقص في الولايات المتحدة ولربما يمثل أقل من 15% من عمليات سرطان القولون. العمليات المبقية على المصرة يمكن أن تحل محل عمليات APR في حالات عدة لأنها توفر نفس التوقعات العمرية ولا تحتاج إلى تفميم قولوني.

الاستئصال عبر - الشرجي

تقنية مبقية على المصرة لإزالة أورام صغيرة من المستقيم السفلي. خلال الاستئصال عبر - الشرجي، بالإمكان تجنّب إحداث شق بطني، والورم يزال من خلال الشرج.

(TAE) Transanal Excision: يستخدم الاستئصال عبر - الشرجي للأورام الصغيرة في المستقيم السفلي التي عادة ما تتطلب إجراء APR. ومثل الاستئصال الأمامي السفلي، فإن الاستئصال عبر - الشرجي لا يتطلب تفميماً قولونياً وهو عملية مبقية على المصرة. وبدلاً من الاستئصال الكامل للمستقيم، فإن الجراح يزيل تلك الأورام من جدار المستقيم عن طريق إجراء الجراحة عبر الشرج. يُزال ذلك القسم من المستقيم المحتوي على الورم، والدرزات تستعمل لإقفال المكان. مهما يكن، ولأن قسماً فقط من الجدار الشرجي يُزال، فإن العقد الليمفاوية المجاورة يجري إبقاؤها. إذا احتوت هذه العقد على خلايا سرطانية مجهرية، فإنها يمكن أن تكون مصدراً لسرطان متكرر. لهذا السبب، فإن الأورام الأصغر فقط هي المرشحة لهذه الجراحة.

بعض المرضى يحتجون على فكرة جراحة المستقيم، خوفاً من خسارة التحكم المعوي والخجل الذي يسببه التعامل مع فوهة ولو كانت مؤقتة (أنظر سؤال 46). مع ذلك، فإنه لا يوجد علاج آخر لمعظم أنواع سرطان المستقيم غير الجراحة. إن عمليات أقل غزوية، مثل تدمير الأنسجة باستعمال التيار الكهربائي، الجراحة

الليزرية، أو العلاج الإشعاعي المحلي، لها دور محدود في ظروف مختارة جداً، ولكن عموماً فإنها لا تستطيع شفاء معظم حالات سرطانات المستقيم.

لا يوجد علاج شافٍ لمعظم سرطانات المستقيم غير الجراحة.

45. لقد قرأت عن إعادة بناء لما بعد جراحة سرطان المستقيم باستعمال جيب – J القولوني. ما هذا؟

إن وظيفة الأمعاء بعد إزالة المستقيم لا ترجع أبداً إلى الوضع الطبيعي لأن الجسم يفقد المكان الذي يحتفظ فيه بالبراز في نهاية القولون. إن جيب – J يؤدي وظيفة "مستقيم مقلد" ولذلك فإنه يحسن وظيفة الأمعاء بعد العملية.

وظيفة الأمعاء تتحسّن مع الوقت.

خلال الاستئصال الأمامي السفلي لمساريقا المستقيم، فإن المستقيم بكامله تقريباً يزال ويستبدل بالقولون العادي، والذي يوصل بأقصى المستقيم السفلي أو القناة الشرجية. لأن القولون العادي هو أضيق ولا يستطيع التمدد مثل المستقيم، فإنه لا يستطيع الاحتفاظ بالبراز مثل المستقيم. فالمرضى لديهم تحركات معوية يومية أكثر، كما أن لديهم "إلحاحاً" مما يعني أنهم حالما يشعرون بضرورة تحريك أمعائهم، فإنهم يحتاجون إلى الوصول إلى حمام بسرعة لتلافي عدم الاستمساك. من الشائع لدى هؤلاء المرضى أن يحركوا أمعاءهم 7 إلى 8 مرات يومياً في الشهور الأولى بعد الجراحة. لحسن الحظ فإن هذه الأعراض تتحسن مع الوقت عندما تبدأ الأمعاء الغليظة بالتعويض. إنها تتمدد وتثخن، مع بداية تشبهها بالمستقيم السابق. بعد حوالى العامين، فإن فترة التأقلم تكون قد تمت. والمرضى لا يزالون بحاجة لتحريك أمعائهم 3 أو 4 مرات باليوم ويشعرون بالإلحاح المعوي؛ مهما يكن، فإن هذه الأعراض ستكون قد تحسنت بصورة ملحوظة منذ وقت الجراحة. التغيرات في الوجبات والوجبات المكملة من المقويات، مثل ميتاموسيل، يمكنها المساعدة كثيراً في تنسيق النشاط المعوي.

وفي محاولة منهم لحل هذه المعضلة، فقد صمم الجراحون جيباً من القولون الهابط بإمكانه محاكاة وظيفة المستقيم. في هذه العملية، إنّ نهاية القولون تلف على نفسها، وتبدو مثل حرف "J". الأمعاء عندها تثبت جيداً، مؤلفة جيباً بطول حوالى 5 إلى 6 سنتيمتر. وهكذا يستطيع الجيب محاكاة الخزان الذي يمثله عادة المستقيم. إن له استيعاباً أكبر من جزء أمعاء ممتد ويستطيع التمدد لخزن براز أكثر. ومع أنه فكرة حديثة، فجيب "J" القولوني كان ناجحاً جداً بتحسين وظيفة الأمعاء بعد الاستئصال القولوني. مهما يكن، فإن وظيفة الأمعاء لا ترجع أبداً كما كانت قبل الجراحة. ما يفعله الجيب هو السماح للمريض ليصل إلى نموذج معوي بسرعة أكبر. بدلاً من فترة السنتين المعتادة للحصول على وظيفة تحرك مستقرة للأمعاء، فإن هذا يمكن إنجازه في 3 أشهر مع جيب "J".

ومع أن جيب "J" عموماً هو أفضل من جزء مستقيم من الأمعاء عادة، فللأسف لا يمكن إجراؤه للجميع. أحياناً القولون الهابط يكون قصيراً جداً كي يصل إلى الحوض ليشكل جيباً. هذه المشكلة شائعة أكثر عند الرجال مما هي عند النساء، لأن الحوض يميل ليكون أضيق عند الرجال. القرار النهائي حول وضع جيب يتخذ خلال العملية من قبل الجرّاح. مهما يكن، فمعظم المرضى يستطيعون تركيبه. معظم الأحيان، الجراحون سيضعون تفميماً لفائفياً مؤقتاً لحماية الجيب والوصلة المعوية حتى يتم الشفاء.

46. ما هي الفوهة الاصطناعية ostomy؟

يظهر أن كل شخص يعرف أحداً ما على الأقل مع "كيس" وهكذا فإن له فكرة ما حول ماهية الفوهة. سنحاول أن نوضح بدقة ماهيتها ونوضح بعض المفاهيم الخاطئة. الفوهة هي ببساطة لفافة من الأمعاء قد أخرجت من خلال الجدار البطني. بهذه الطريقة، فإن محتويات الأمعاء تسحب إلى كيس بلاستيكي مثبت على جلد المعدة. يمكن عمل فوهة إما من المِعى الدقيق (تفميم لفائفي معوي) أو من المِعى الغليظ (تفميم قولوني).

الفوهة تكون ضرورية عندما يكون من المستحيل أو من غير الآمن استعادة وصل الأمعاء خلال الجراحة.

المواد التي تسحب من التفميم اللفائفي المعوي تميل إلى الخضرة، وهي سوائل حامضية تشبه الصفراء. إن نتاج التفميم القولوني (المِعى الغليظ) هو أكثر صلابة وشبيه للبراز الطبيعي. إن الفوهة تكون مؤقتة وتستعمل لتحويل الجريان المعوي لفترة من الوقت، أو يمكنها أن تكون دائمة. تكون الفوهة ضرورية عندما يكون من المستحيل أو من غير الآمن استعادة استمرارية الأمعاء خلال الجراحة. هناك ثلاثة أسباب تجعل من الفوهة ضرورية خلال الجراحة الروتينية لسرطان القولون والمستقيم.

1. APR؛ لأن المصرة الشرجية تُزال خلال APR، فإن تفميماً قولونياً يكون مطلوباً. من غير الممكن أن يعاد وصل القولون بالشرج بعد إزالة المصرة الشرجية، لأن الفضلات ستندفع بدون تحكم. التفميم القولوني بعد APR هو دائم، ولا يمكن عكسه.
2. التحويل الوقائي: إن وضع تفميم لفائفي معوي هو شائع بعد استئصال أمامي سفلي جزئي مع إعادة وصل الأمعاء إلى المستقيم السفلي أو الشرج. هذه العملية تقلص التعقيدات بعد الجراحة. التفميم اللفائفي المعوي هو مؤقت ويمكن عكسه بحدود 3 أشهر بعد الجراحة الأولى أو بعد أن يستكمل العلاج الكيميائي لما بعد الجراحة.
3. الانسداد القولوني/التلوث البرازي: إن سرطان قولون متقدم يمكن أن ينمو ويكبر حتى يعيق المرور الطبيعي للبراز. عندما تصبح الأمعاء الكبيرة مسدودة كلياً، فإن البطن يتوسع ويمكن أن يسبب غثياناً واستفراغاً؛ هذه الحالة يمكنها أن تهدد الحياة. في هذه الحالات، فإن الجراحة العاجلة ضرورية لإزالة السرطان وإزالة الضغط عن الأمعاء المسدودة. لأن الأمعاء متضخمة من البراز الذي أعيق مروره، فإن إعادة وصل الأمعاء سيكون غير آمن. إن مخاطر التسرب بعد العملية تصبح أكبر بكثير، لذا يصبح التفميم القولوني

ضرورياً. في هذه الحالات، التفميم القولوني عادة ما يكون مؤقتاً، والعديد منها يمكن عكسه بعد أشهر قليلة من النقاهة.

مع تعديلات في الوجبات وأسلوب الحياة، معظم المرضى يستمرون بحياة طبيعية بعد تكوين الفوهة.

---

47 . ما هي مضاعفات تركيب الفوهة؟

عموماً، الفوهات يمكن تحملها جيداً. مع تعديلات في الوجبات الغذائية وفي طريقة الحياة، فإن معظم المرضى يعيشون حياة طبيعية بعد تركيب الفوهة. المشكلة الرئيسية التي تسببها الفوهة هي حساسية الجلد نتيجة تركيب خاطئ للكيس. هذه المشكلة هي شائعة أكثر بين التفميم اللفائفي المعوي لأنها تميل لاحتوائها مواد فيها سوائل أكثر من التفميم القولوني. وباستعمال مزيج من صواني، ملصقات، مواد تحمي الجلد، مهما يكن، فإن هذه المشاكل يمكن حلها. ممرضتك المختصة بالفوهة سوف تكون صارمة باختيار نظام مفيد لك.

مع الوقت، فإن التغيرات بجسدك يمكن أن ينتج عنها مشاكل في الفوهة. العضلة المحيطة بها يمكن أن تضعف، مما يسمح للأمعاء الدقيقة باختراق الجدار البطني (الفتق). ومع أن الانبعاج يمكنه أن يكون غير جذاب،عموماً، فإن الفتوقات هذه غير خطيرة ولا تسبب قلقاً. للأسف، فإن هذه الفتوقات يمكنها المعاودة حتى بعد أن يجري إصلاحها، لكن تقنيات أحدث للإصلاح أصبحت شائعة. مضاعفات أخرى يمكن أن تظهر إذا أصبحت فتحة الفوهة كبيرة جداً. في هذه الحالات، إن عدة سنتيمترات من الأمعاء يمكنها أن تندفع خارج الفوهة، وهذه يمكنها أن تكون مفزعة عند النظر إليها. هذا يدعى الهبوط. وبالرغم من أن هذه الحالة تمثل مشكلة طبية صغيرة، فإن الجراحة ضرورية لإزالة الأمعاء الزائدة.

الفتق

أنشوطة من عضو تبرز من خلال فتحة غير طبيعية في الجسم.

48. هل سأحتاج إلى تفميم قولوني؟

السؤال الأول بعد التشخيص بسرطان المستقيم "هل سأحتاج إلى جيب" هو في محله. إن التفميم القولوني هو تعديل يغير مجرى الحياة فيزيائياً وعاطفيـاً. نحـن نأمل أن تكون أسئلة 46 و47 قد شرحت بما فيه الكفاية طبيعة الفوهة. عادة يعـيش الناس حياة طبيعية مع هذه التركيبات. لحسن الحظ، فمع تحسـينات فـي التقنيـة الجراحية والتكنولوجيا، فإن تفميمات قولونية أقل تجري كـل سـنة. العديـد مـن الأورام التي كانت تتطلب APR في السابق يتم إزالتها الآن باستعمال عمليات مبقية على المصرة الشرجية. هذه العمليات ممكنة لأنها تقدم الشفاء نفسه يعادل ذلك الذي تقدمه عملية APR. تذكر أن الهدف الرئيسي هو نجاتك أنت. ألوف الناس يعيشـون حياة طويلة مع تفميم قولوني دائم، بعد أن يكونوا قد شفوا من سرطانهم القولـوني، وبمساعدة الفريق الطبي وجهات الدعم الأخرى، يتعلمون كيفية العيش بنجاح مـع فوهة (أنظر إلى القسم 5 من هذا الكتاب "التغيرات التي يفرضها السرطان").

عندما تشخص بالسرطان لأول مرة، من السهل
أن تنسى أن الهدف الأساسي هو البقاء.

عند التشخيص الأولي لسرطان القولون، من الممكن أن تغرق بمعرفة وفكرة الاحتياج لفوهة دائمة. سوف نسعى لتبسيط عملية اتخاذ القرار في الأسئلة القليلـة المقبلة. إن كل شيء يتعلق حول ما إذا كانت عضلات المصرة الشـرجية يمكـن إنقاذها. تذكر، إذا ما أزيلت هذه، فإن تفميماً قولونياً دائماً يكون مطلوباً. إن قـدرة جرّاحك على القيام بـ "عملية منقذة للمصرة" تعتمد على عاملين اثنين: موقع الورم ومرحلة الورم. عليك أن تتمتع بالقدرة على مناقشة هذا الموضوع مع جرّاحك.

1. موقع الورم: السرطانات التي هي في أقصى أسفل المستقيم وحول المصرة الشرجية قد لا يكون من الممكن إزالتها بقطع أمامي سفلي. هذه الأورام تتطلب إما APR أو استئصال عبر – شرجي (جراحة تجرى من خلال الشرج).
2. مرحلة الورم: بمرحلة مبكرة جداً، فقط أورام معينة يناسبها استئصال عبر –

شرجي. الأورام، الكبيرة والمؤذية التي تملك مخاطر كبيرة للانتشار إلى العقد الليمفاوية غير مرشحة للاستئصال عبر - الشرجي.

موقع الورم ومرحلة الورم يحددان نوعية الجراحة المناسبة. اسأل جرّاحك هذين السؤالين المهمين: هل من الممكن أن يزال ورمي بعملية عبر - شرجية، أو إنني سأحتاج إلى جراحة بطنية (أنظر سؤال 49)؟ إن كنت سأحتاج إلى عملية بطنية، هل بالإمكان إنقاذ المصرة، أو إنني سأحتاج إلى تفميم قولوني دائم (أنظر سؤال 50)؟

49. هل بالإمكان إزالة ورمي بعملية عبر - شرجية، أم أنني سأحتاج إلى جراحة مفتوحة؟

الاستئصال عبر - الشرجي (Transanal Excision TAE) هو معالجة جيدة لسرطانات مختارة جداً لعدة أسباب. أولاً، إنه عملية مبقية على المصرة والتي تمكن المريض من الاحتفاظ بالتحكم المعوي ويتجنب بذلك تفميماً قولونياً دائماً. ثانياً، لأنه يجري من خلال الشرج وبدون شق بطني، فإنه أقل أذية ويملك مخاطرة أقل من المضاعفات التي للعملية المفتوحة.

للأسف، الاستئصال عبر الشرج ليس للجميع. لأن الاستئصال عبر - الشرجي يجري عبر القناة الشرجية، فمن المستطاع فقط أن تزال الأورام الصغيرة التي تكون موجودة أقصى أسفل المستقيم - إنه من غير الممكن إزالة الأورام الكبيرة التي تكون في أعلى المستقيم. إن هذه تتطلب جراحة بطنية.

بالإضافة لذلك، وبشكل مختلف عن تقنيات إزالة المستقيم البطنية، فالعقد الليمفاوية المجاورة لا تستأصل بعملية عبر - شرجية. إذا كانت هذه العقد تحتوي على بقايا سرطانية ولم يتم إزالتها جراحياً فإن الورم سيستمر بالنمو وأخيراً سوف ينتقل إلى داخل الحوض. الأورام التي هي في مخاطر الانتشار للعقد الليمفاوية المحلية. ستكون إذاً غير مرشحة لاستئصال عبر - شرجي. إن مخاطر انتشار العقد الليمفاوية تتعلق بحجم الورم وبعمق الورم عند الفحص. كلما كبر الحجم، كلما زاد الانتشار المحلي للورم، وكلما زادت مخاطر انتشار العقد الليمفاوية (أنظر

سؤال 28 لتوضيح درجات ومراحل الورم).

- T0: محدود بالبطانة المخاطية للقولون، هذه السرطانات "المحلية" لا تكون مرشحة مثالية لاستئصال عبر - شرجي. وهي لا تمثل إطلاقاً أي تهديد لانتشار العقد الليمفاوية.
- T1: عموماً، آفات T1 هي مرشحة جيدة للاستئصال عبر - الشرجي. مخاطر انتشار العقد الليمفاوية هي فقط 5% إلى 10% في أورام T1 مختارة بعناية. مهما يكن، حتى بين أورام T1، فإن بعض الآفات لها خصائص مجهرية عكسية والتي توحي باحتمال أكبر للانتشار إلى العقد الليمفاوية المجاورة. هذه السرطانات الهجومية لا يمكن معالجتها بموثوقية بالاستئصال عبر - الشرجي، وجراحات متقدمة أكثر تكون عندها ضرورية.
- T3/T2: آفات T2 أو T3 تغزو عضلات جدار المستقيم وتمثل احتمالاً يتراوح بين 20% إلى 50% لانتشار العقد الليمفاوية. هذه السرطانات لذلك تكون غير مرشحة للاستئصال عبر - الشرجي وتحتاج إلى عملية متقدمة.

من المهم أن نعرف حجم الورم، كما عمق الاختراق قبل الجراحة، للمساعدة على التعرف على المرضى الذين بإمكانهم الخضوع لاستئصال عبر - شرجي. هنالك العديد من الطرق لتحديد عمق سرطان المستقيم قبل الجراحة؛ مهما يكن، فالمسح ما فوق الصوتي بداخل المستقيم باستطاعته تحديد مدى انتشار الغزو الورمي بدقة وبإمكانه أيضاً الإفادة عن وجود عقد ليمفاوية شاذة. وهو مفيد جداً في التعرف على المرضى المرشحين لـ TAE.

50. ليس من المستطاع إزالة ورمي بالاستئصال عبر - الشرجي ويحتاج إلى جراحة مفتوحة. هل يمكنني مع ذلك الخضوع لجراحة مبقية على المعصرة؟

هذا الموضوع هو الثاني الذي ينبغي أخذه بعين الاعتبار حين تقرر الحاجة إلى تفميم قولوني دائم. جرّاحك قد قرر أن الاستئصال عبر - الشرجي غير ممكن

وأنك لذلك تحتاج إلى جراحة بطنية. هذا لا يعني أنك تحتاج إلى تفميم قولوني دائم. العمليات البطنية تتضمن استئصال أمامي سفلي جزئي (LAR، عملية مبقية على المصرة) والاستئصال البطني العجاني (APR، إزالة عضلات القناة الشرجية، تستدعي تفميماً قولونياً دائماً). عند مرضى مختارين بعناية، فإن التوقعات العمرية بعد LAR هي نفسها بعد عملية APR.

(الجراحة البطنية) لا تعني أنك تحتاج إلى تفميم قولوني دائم.

إن الاختيار بين إجراء LAR بدلاً من APR يحدده موقع الورم داخل المستقيم. الأورام الواقعة على بعد سنتيمترات قليلة أو أكثر من القناة الشرجية بالإمكان إزالتها بعملية LAR المبقية على المصرة؛ وتلك التي هي أقرب للقناة الشرجية لا يمكن إزالتها عموماً بـ LAR وتتطلب تفميماً قولونياً دائماً. المسح ما فوق الصوتي بداخل المستقيم يمكنه أن يكون مفيداً جداً في توضيح موقع الورم وعلاقته بعضلات المصرة الشرجية.

51.كيف تحدد مرحلة سرطان المستقيم قبل الجراحة؟ وهل صحيح أنه من الضروري إجراء فحص ما فوق الصوتي لسرطان المستقيم؟

إن تحديد مرحلة سرطان المستقيم قبل الجراحة هو ضروري للحصول على أفضل معالجة ولتحديد ما إذا كان بالإمكان إجراء عملية مبقية على المصرة. تاريخياً، كانت الأورام تحدد مرحلتها خلال الفحص الفيزيائي فقط، وكان هذا يعتمد على حساسية سبابة الجرّاح. للأسف، فإن دقة الفحص السريري كانت 60% بأفضل الأحوال، والعقد الليمفاوية المتضخمة حول المستقيم لم يكن بالإمكان اكتشافها هكذا. الدراسات الإشعاعية، مثل فحوصات CT وMRI المسحية، هي إضافات مفيدة لفحص المستقيم الرقمي. مهما يكن، فإن الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم أصبح أساساً ذهبياً لتحديد مرحلة سرطان المستقيم قبل الجراحة.

فحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم

فحص راديوي يستخدم انكسار الموجات الصوتية لتقييم انتشار الورم المحلي داخل المستقيم.

الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم

يستعمل أمواجاً صوتية لإنتاج صورة للمستقيم ذات بعدين. هذه توضح طبقات الجدار المعوي، مما يسمح بتحديد عمق الورم باستعمال مقياس تحديد. الفحص ليس حساساً جداً ويمكن إجراؤه بعيادة طبيبك. التحضير الوحيد المطلوب هو حقنتا "فليت"، تؤخذان صباح يوم الفحص. وبعد فحص المستقيم الرقمي الاعتيادي وفحص منظار المستقيم، فإن المجس ما فوق الصوتي يمرر خلال منظار المستقيم إلى المستقيم. يملأ بالون بالماء، ويتم الحصول على صور بفعل الأمواج الصوتية. الفحص بكامله ينتهي في 5 إلى 10 دقائق فقط. وعلى الرغم من أن تنظير المستقيم غير مريح، فالعملية ليست موجعة والتخدير غير مطلوب. التصوير ما فوق الصوتي داخل المستقيم دقيق جداً في توقع عمق الورم وبالتعرف على عقد ليمفاوية مشبوهة ومجاورة. بين أيد خبيرة، فإن التصوير ما فوق الصوتي داخل المستقيم هو دقيق بنسبة 80% عادة في تحديد مراحل سرطان المستقيم قبل الجراحة. عندما تحدث الأخطاء، فإنها تميل إلى تضخيم بدلاً من تقليل مرحلة السرطان. لذلك، فالمعالجة تكون حتى أكثر شمولية.

التصوير ما فوق الصوتي داخل المستقيم يمكنه أيضاً اكتشاف عقد ليمفاوية شاذة حول المستقيم التي من الممكن أن تحتوي على سرطان. العقد الشاذة تبدو أكبر وداكنة أكثر من العقد الطبيعية في التصوير ما فوق الصوتي. عموماً، فإن وجود عقد ليمفاوية مشكوك فيها بالتصوير ما فوق الصوتي هو علامة على معالجة أكثر هجومية. ولأن بعضاً من هذه العقد المتضخمة تكون ملتهبة (حساسة)، مع ذلك، ولا تحتوي بالحقيقة على سرطان انتقالي، فالتصوير ما فوق الصوتي هو فقط دقيق بنسبة 60% في تحديد العقد المتضخمة التي تحتوي على نقائل. بالإضافة لذلك، فالتصوير ما فوق الصوتي داخل المستقيم لا يمكنه التعرف على العقد الصغيرة المحتوية فقط على انتشار مجهري.

أخيراً، فإن الأمواج ما فوق الصوتية تستطيع اكتشاف ورم منتشر لداخل

عضلات المصرة الشرجية. في هذه الحالات، فإن جراحة مبقية على المصـــرة لا يمكن إجراؤها، وعملية APR (الاستئصال الكلي للشرج، المســـتقيم، والعضـــلات المحيطة بالقناة الشرجية) تصبح مطلوبة. لكل هذه الأسباب، فإن التصوير ما فـــوق الصوتي داخل المستقيم يجب أن يصبح فحصاً معتمداً في التقييم ما قبل الجراحـــي لسرطان المستقيم. بإمكان هذا الفحص تحديد مرحلـــة الـــورم وغـــزو عضـــلات المصرة، وهما موضوعان أساسيان في تحديد أية عملية جراحية يجب استخدامها.

لقد تم استعمال فحوصات شعاعية أخرى في تقييم ما قبل الجراحة، بما فيهـــا فحوصات CT وMRI المسحيان. فحص CT المسحي هو طريقة أقل دقـــة لتحديـــد مراحل أورام المستقيم؛ مهما يكن، ولأنه يستخدم لتقييم الكبد بحثاً عن نقائل (انتشار سرطاني) قبل الجراحة، إنه اختبار روتيني خلال إجراءات تشـــخيص مـــا قبـــل الجراحة. فحص CT جيد جداً في التعرف على المرض الواضح حول المســـتقيم - إنه دقيق جداً في التعرف على العقد الليمفاوية المتضخمة أو الانتشار الواسع إلـــى الأعضاء المجاورة، مثل المثانة أو البروستات. مهمـــا يكـــن، فلـــيس باســـتطاعته التعرف على الطبقات الرفيعة للمستقيم، ولهذا فليس باستطاعته إعطاء عمق الـــورم الدقيق قبل الجراحة. فحص MRI المسحي، من الجهة الأخرى، هو جيد جـــداً فـــي تمييز طبقات المستقيم عندما يجرى مع اســـتخدام أجهـــزة إضـــافية متخصصـــة. للأسف، فحص MRI المسحي لسرطان المستقيم فيه بعـــض العيـــوب. أولاً، هـــذا الفحص يجب أن يجري في مراكز MRI متخصصة. إنه يتطلب زيـــارة إضـــافية وهو أكثر تكلفة بكثير من الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم. بالإضافة لذلك، فحص MRI قد يزيد قلق بعض الناس لأنه يتطلب الرقود دون حركة فـــي مكـــان مغلق. مهما يكن، فإن استعمال تقنيات مهدئة، مثل التنفس العميق، و/أو وصـــفات لتقليل القلق يمكن أن تساعد الناس القلقين بإكمال فحص MRI بنجـــاح. تكلـــم مـــع طبيبك عن مخاوفك حول العملية حتى تستطيع استطلاع الخيارات. وعلى الـــرغم من الكلفة الإضافية، فإن فحص MRI يمتلك فقط نفس الدقة مثل الفحص ما فـــوق الصوتي داخل المستقيم. إذاً، الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم يبقى الإجراء الأفضل، والأسهل، والأقل أذية لتحديد مراحل سرطان المستقيم قبل الجراحة. نحن

نعتقد أن كل إنسان يشخص حديثاً بسرطان المستقيم يجب أن يخضع للفحص ما فوق الصوتي للتشخيص قبل الجراحة.

52. هل أن مخاطر جراحة المستقيم تختلف عن مخاطر جراحة القولون؟

إن مخاطر استئصال المستقيم (إزالة المستقيم) هي نفسها للجراحة البطنية، بما فيها مخاطر التخدير، مخاطر النزيف الذي يتطلب نقل دم، ومخاطر عدوى ما بعد الجراحة (أنظر سؤال 38). مهما يكن فبشكل مختلف عن جراحة القولون، هناك مضاعفات إضافية محددة بجراحة الحوض واستئصال المستقيم. هذا يشمل الاعتلال العصبي، إصابة الحالبين، والعسر الوظيفي الجنسي.

الاعتلال العصبي

اضطراب في وظائف العصب، أحياناً يتسبّب من 'رضح' أو جرح، مثل الذي يحدث خلال الجراحة.

الاعتلال العصبي ينتج عن جرح للعصب. خلال جراحة المستقيم، يتم وضعك على ظهرك ورجلاك مرفوعتان على رُكب. هذا ضروري لتمكين جرّاحك من الوصول إلى المكان الذي تجري فيه الجراحة. خلال هذا الوقت تكون رجلاك مسندتين وجوارب خاصة توضع عليهما لمنع تجلط الدم من التشكل. للأسف، فإن البقاء على هذا الوضع لساعات عدة سوف يسبب ضغطاً على أعصاب الساقين. كل الاحتياطات تتخذ لمنع هذا؛ مع ذلك، فإن الضغط المتواصل يمكن أن يسبب خدراً وضعفاً بعد الجراحة. الخبر الجيد هو أن هذه المضاعفة نادرة جداً، والأعراض هي تقريباً دائماً مؤقتة؛ الإحساس عادة يرجع لوضعه الطبيعي بعد فترة عدة أسابيع.

خلال جراحة الحوض هناك أيضاً مخاطر إيذاء الحالبين، البنيتين اللتين توصلان البول من الكليتين إلى المثانة. هذه الأعضاء الأنبوبية الصغيرة تجري إلى أسفل الحوض بجانب المستقيم. عندما تكبر أورام المستقيم كثيراً، فإن بإمكانها تخريب التركيب الطبيعي ومن الممكن أن تؤذي المحالب. المخاطرة أكبر في حالة وجود أورام كبيرة وسرطانات متكررة. في هذه الحالات، فإن جرّاحك

أخصائي الجهاز البولي

جرّاح يتخصص في أمراض القناة البولية.

يمكن أن يطلب جرّاحاً للجهاز البولي (جرّاح يختص بأمراض القناة البولية) ليضع أنابيب خاصة بالمحالب وذلك قبل الجراحة، لتساعد الجرّاح على تمييزها خلال الجراحة. وفي حالات نادرة التي تُؤذى فيها المحالب، عادة ما يتم إصلاحها خلال الجراحة بدون مضاعفات طويلة المدى. الإصابات التي لا تتم ملاحظتها قد تكون أكثر خطراً مع نتائج محتملة بعيدة المدى.

أخيراً، فالأعصاب التي تؤدي إلى المثانة والأعضاء الجنسية تجري مع العمود الفقري للحوض وتدور حول البروستات عند الرجال. كل الجهود تبذل للإبقاء على هذه الأعصاب خلال إزالة المستقيم. ولكن بسبب أن المستقيم قريب جداً من البروستات، فإن أذى هذه الأعصاب يمكن أن يحدث ويمكن أن ينتج عنه العسر الوظيفي الجنسي (أنظر سؤال 62) واحتباس بولي.

53. هل سأحتاج إلى فوهة مؤقتة بعد استئصال أمامي سفلي جزئي مع جيب - J قولوني؟

إن هذا أمر مثير للجدل بين جراحي سرطان القولون؛ مهما يكن، فالجواب عادة يكون "نعم". عموماً، فعندما يوصل القولون بالقناة الشرجية بعد تفميم القولون (coloanal anastomosis) بواسطة جيب - J، معظم الجرّاحين يجرون تفميماً لفائفياً مؤقتاً لحماية الوصلة خلال فترة التماثل للشفاء. إذا لم يستعمل التفميم اللفائفي الموفر للحماية، وحتى مع وجود أفضل الظروف، فإن بعض هذه الوصلات سيقوم بالتسريب، ومع أن تسريباً صغيراً يمكن أن لا يسبب أية أعراض وسيمضي دون ملاحظة، ففي حالات أخرى يمكن أن يسبب التسريب عدوى حوضية شديدة. بعد تسريب رئيسي، ستكون الجراحة مطلوبة لسحب العدوى، وفي بعض الحالات فالتفميم القولوني الدائم يمكن أن يكون ضرورياً. ولتلافي حدوث هذه الحالة، وفي وقت استئصال سرطان المستقيم والعملية المبقية على المصرة فإن لفافة من الأمعاء الدقيقة يتم إخراجها من خلال الجدار البطني (تفميم لفائفي معوي)، حتى يمكن لجريان البراز من الأمعاء أن يخرج منها. التفميم اللفائفي يعمل "كحماية" للوصلة الجراحية بين نهايتي الأمعاء التي أعيد وصلها. وبالرغم من أن هذا التدبير لا يمنع

التسرب، فإنه يقلل من مخاطر التسمم (العدوى الشديدة) التي تنجم عن حدوث تسرب بسيط.

هذا التفميم اللفائفي هو مؤقت. جرّاحك سينتظر 2 إلى 3 أشهر بعد الجراحة ثم سيقوم بإجراء دراسة حقنة تخطيط للمعدة لتقييم الجيب. إن أظهرت الدراسة أن الشفاء تام، فإن التفميم اللفائفي يمكن أن يعكس. ولأن المعالجة الكيميائية بإمكانها التأثير على قدرة الجسم للشفاء، فإن معظم الجرّاحين سينتظرون حتى إنهاء المعالجة الكيميائية لما بعد الجراحة قبل أن يفكروا بعكس التفميم اللفائفي. (هذا يمكنه إطالة انتظارك لمدة 4-6 أشهر بعد الجراحة). معظم التفميمات اللفائفية يمكن عكسها بواسطة شق صغير حول التفميم نفسه ولا تتطلب شقاً بطنياً كبيراً. إن فترة البقاء بالمستشفى بعد الجراحة عادة تكون حوالى 3-5 أيام فقط.

54. أيهما الأفضل، عملية مبقية على المصرة مع جيب – J أم تفميم قولوني دائم؟

بالرغم من أن وظيفة الأمعاء بعد الجراحة ونوعية الحياة هي مهمة، فإن الأعتبار الأكثر أهمية هو نجاتك. الجراحة المبقية على المصرة يجب أن لا تكون أبداً البديل عن الجراحة التي يمكن أن تشفيك. هذه الجراحة يجب أن تقدم لك فرصة النجاة ومخاطر التكرار نفسها تكون مماثلة لتلك المترافقة مع الجراحة المتقدمة. لحسن الحظ، فإن دراسات متعددة قد أكدت، وحيثما كان ذلك ممكناً، أن الاستئصال الأمامي السفلي الجزئي (إزالة المستقيم نزولاً إلى عضلات المصرة الشرجية) هو مماثل لـ APR (الإزالة الكلية للشرج، المستقيم، وللعضلات المحيطة بالقناة الشرجية).

الجراحة المبقية على المصرة يجب أن لا تكون بديلاً أبداً عن الجراحة التي بإمكانها شفاؤك.

إنه لأمر مستحيل تصديقه، إذاً، أن اختيار تفميم قولوني يمكن أن يكون أفضل

بالمطلق من إعادة وصل الأمعاء بعد جراحة المستقيم. مهما يكن، فإن وظيفة الأمعاء بعد استئصال المستقيم (إزالة المستقيم) مع عملية مبقية على المصرة لا ترجع أبداً للمستويات الطبيعية لما قبل الجراحة. إن النشاط الفيزيولوجي للمستقيم الطبيعي معقد جداً ولا يمكن استبداله، حتى مع جيب - J. إضافة لذلك، فالجراحة المتعلقة بالقناة الشرجية يمكنها إعطاب عضلات المصرة الشرجية الضعيفة أساساً بسبب التغيرات الناتجة عن الولادة عند النساء وأيضاً بسبب التقدم بالعمر عند المرضى المسنين. إذاً، فالمرضى يمكن أن يعانوا من تكرار معوي متزايد، إلحاح معوي، وعدم استمساك بعد هذا النوع من الجراحة.

عدة اختصاصيين قد درسوا مسألة نوعية الحياة بعد LAR مع وصلة جيب - J بين القولون والشرج. بعض الأشخاص يفعلون أي شيء لتجنب تفميم قولوني دائم. إنهم سيتحملون تكراراً معوياً (3-4 مرات أو أكثر خلال النهار وربما خلال الليل) وحساسية حول الشرج. مع هذه الحالة، فإن المريض أحياناً لا يستطيع تأجيل عملية التبرز أكثر من دقائق معدودة، وعادة ما يبقى قرب الحمام بسبب الخوف من الحوادث. من الممكن أن تحصل حوادث من تسرب كميات صغيرة من الغازات والسوائل، والمرضى سيضطرون ربما لاستعمال لفافات صغيرة لمنع الاتساخ. عدة مشاكل كهذه هي أسوأ في الأشخاص مع سجل من عدم الاستمساك في السابق (وهو شيء شائع بين كبار السن). النساء اللائي ولدن عدة مرات هن في خطر إعطاب غير ظاهر للمصرة الشرجية، والذي لا يظهر إلا بعد الجراحة، ويظهر كتكرار متزايد وعدم تحكم بالتحركات المعوية.

من الصعب القياس الكمي لهذه المشكلات. الشكوى من الإلحاح، التكرار، التسرب، وعدم الاستمساك هي ذاتية (تعتمد على مدركات الشخص) وتُقارن مع وظائف المريض قبل الجراحة. عموماً، فالمرضى الذين خضعوا للاستئصال البطني العجاني (APR) مع تفميم قولوني دائم يتحدثون عن معنويات هابطة ومشاكل نفسية متعلقة بالتفميم القولوني. مهما يكن، فنوعية الحياة العامة يمكن أن تكون أفضل في المرضى مع التفميم القولوني لأنهم يعانون من تحديدات أقل

لنشاطاتهم اليومية، ومقيدون أقل بالتحركات المعوية، ويشعرون أنهم بصحة أفضل، ويحصلون على نوم أكثر من المرضى مع مفاغرة قولونية - شرجية.

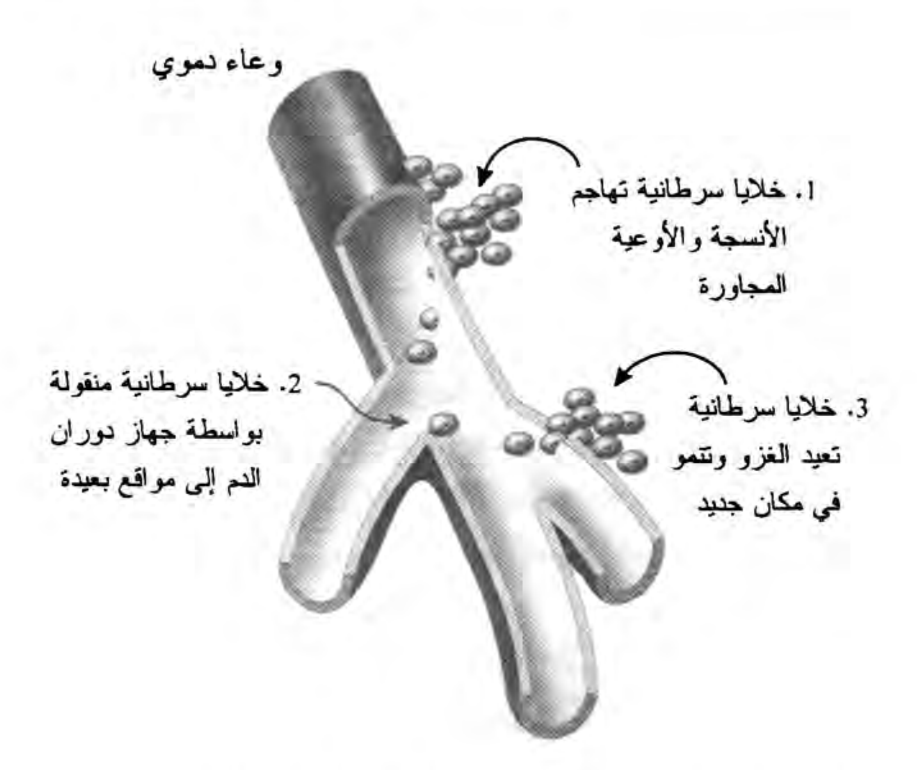
بإمكان جرّاحك أن يعطيك نصيحة موضوعية. هو أو هي بإمكانه إخبارك عن موضع الورم، وإن كانت عملية APR ضرورية، أو إن كان ممكناً إجراء إعادة بناء معوي. إن كانت إعادة البناء ممكنة، مع ذلك، فإن قرارك النهائي هو شخصي. إن كنت تعاني سابقاً من تسرب صغير للغازات أو السوائل، فإن إعادة البنيان يمكن أن لا تكون الخيار الصحيح. مهما يكن، إن كنت صحيح الجسم، وشخص مندفع ويمكنك تحمل المشاكل الأولية التي تمثلها إعادة وصل بين القولون والشرج، فهذا يمكنه أن يكون الخيار المثالي.

المعالجات المساعدة/التطورات الجديدة

55. إلى أين يميل سرطان القولون والمستقيم المتقدم للانتشار؟

سرطان القولون، مثل سرطانات أخرى، ينتشر بطرق متعددة. حالما ينمو ويكبر، فإنه ينتشر إلى الأنسجة المجاورة. هذا لا يعتبر انتشار انتقالي؛ بدلاً من ذلك فالورم الأساسي يمتد محلياً خارج موقعه الأصلي، مهاجماً الأعضاء المجاورة، ومن ضمنها الطحال، البنكرياس، الكليتان، والحالبان. أورام المستقيم، التي تقع كلها داخل الحوض، لديها مجال أقل للانتشار. إنها تكبر وبإمكانها الامتداد لداخل البروستات، المهبل، المثانة، أو حتى عظام العمود الفقري. هذه الأورام هي مصنفة كآفات T4.

بإمكان السرطانات التي تنتشر لما وراء القولون عادة ما تمتد عبر العقد الليمفاوية والأوردة التي تتجه من المكان (شكل 6). ولأن الأوردة من القولون تقوم بالتصريف خلال الكبد، 80% من النقائل البعيدة تتجه للكبد. للأسف، فإن 15% إلى 25% من مرضى سرطان القولون والمستقيم مصابون بنقائل (المرحلة IV من المرض) وذلك عند وقت تشخيصهم الأولي. لأن التصريف الوريدي للمستقيم الأسفل مختلف عن التصريف الوريدي للقولون، فإن هذه الأورام تميل إلى الانتقال للرئتين.



شكل 6: طرق النقائل (مصدر الصورة: المؤسسة الوطنية للسرطان)

56. ما هي المعالجات الأخرى الموجودة غير الجراحة؟

المعالجة المساعدة
خيار معالجة غير جراحية للسرطان تساعد على تحسين النجاة على المدى الطويل.

بالرغم من أنها لا توفر شفاءً، فالعلاجات المساعدة هي معالجات غير جراحية للسرطان والتي تساعد على البقاء على المدى الطويل. الوخز بالإبر والمعالجة المثلية يمكنهما مساعدة بعض المرضى على الكفاح ضد التأثيرات الجانبية لمعالجات السرطان، لكن وحدها المعالجات الكيميائية والإشعاعية قد برهنت على قدرتها على تحسين البقاء في مرضى سرطان القولون والمستقيم. هذه التقنيات تستعمل لتحسين نتائج الجراحة، ويمكن المباشرة بها قبل أو بعد الجراحة.

المعالجة الكيميائية (أو chemo) ببساطة تعني استعمال أدوية لمعالجة مرض ما؛

المعالجة الكيميائية

استعمال الأدوية لعلاج مرض، في هذه الحالة، سرطان.

وفي هذه الحالة، السرطان. إن عناصر المعالجات الكيميائية تعمل بواسطة تحديد انقسام الخلية، مانعة نسخ الـ DNA)، ومشجعة الجهاز المناعي للجسم نفسه على مهاجمة الخلايا الخبيثة. في الحقيقة، فإن هذه المواد هي السموم التي توقف النمو الإجمالي للخلية. إن بإمكانها مهاجمة الخلايا السرطانية أولاً، لكنها تؤثر في الخلايا السوية أيضا. إن الدواء المثالي للسرطان سوف يقوم بعزل الخلايا الورمية فقط ولا يؤذي الأنسجة السوية للجسم. ومع أن دراسات موسعة تتواصل لمحاولة إحداث هذه "الطلقات السحرية" التي تهاجم فقط خلايا سرطانية، فإن الأنواع الحالية للمعالجة الكيميائية ليست دقيقة إلى هذا الحد، وهي سامة بالنسبة للخلايا السوية أيضاً. وبسبب هذا، فالعلاج الكيميائي يمكن أن ينتج عنه تأثيرات جانبية.

المعالجة الإشعاعية

استعمال الإشعاع الكهرو – مغناطيسي العالي الطاقة لمعالجة السرطان بواسطة تدمير DNA الخلية والتسبب بموت الخلية.

المعالجة الإشعاعية (تدعى أيضاً "المعالجة الراديوية" أو "RT") تستخدم الإشعاع الكهرو مغناطيسي ذا الطاقة العالية لمعالجة السرطان وذلك بتدمير الـ DNA التابع لخلايا السرطان مسبباً موت الخلية. المعالجة الإشعاعية تستعمل بشكل أوسع في معالجة سرطان المستقيم لتقليص الأورام قبل الجراحة، لتعقيم المكان الذي ستجرى فيه الجراحة، ولمنع التكرار المحلي. المعالجة الإشعاعية يمكن استخدامها أيضاً في التحكم بالألم في حالة الأورام الكبيرة التي تغزو تراكيبَ مثل العظام والأعصاب. في أورام نادرة للقناة الشرجية، المعالجة الإشعاعية والكيميائية هما المعالجتان الأساسيتان.

العلاج المشترك

معالجة مشتركة بالأشعة والعلاج الكيميائي.

في **المعالجة المشتركة**، المعالجات الكيميائية والإشعاعية يمكن أن تجرى معاً (المعالجة المشتركة يمكن أن تكون أكثر من دواء واحد تعطى سوية). عادة، عناصر المعالجة الكيميائية تستخدم لجعل خلايا الورم أكثر حساسية وجعلها

المعالجة المستحدثة المساعدة

علاج إشعاعي وكيميائي يعطى قبل الجراحة.

أكثر تعرضاً للمعالجات الإشعاعية. عندما تستعمل المعالجات الإشعاعية والكيميائية معاً بعد الجراحة، فإنها تدعى المعالجات المساعدة، وعندما تعطى قبل الجراحة، فإنها تدعى المعالجة المساعدة الجديدة. المعالجة المساعدة الجديدة لها عدة حسنات. إن تقليص الورم قبل الجراحة يسمح بإزالة جراحية أكثر اكتمالاً، وعادة ما تستخدم تقنيات مبقية على المصرة. يمكن إعطاء جرعات شعاعية منخفضة مع نتائج أفضل، وهذه تنقذ الأنسجة السوية من سموم الأشعة. تتواصل الدراسات لإظهار النتائج الممتازة مع المعالجات المساعدة الجديدة لسرطانات المستقيم المتقدمة محلياً (أورام ممتدة خارج جدار المستقيم و/أو شمولها العقد الليمفاوية)، وقد أصبحت هذه أساس المعالجة في معظم المؤسسات.

57. متى يمكن للشخص تلقي العلاج الكيميائي، ومتى يمكنه تلقي العلاج الإشعاعي؟ هل هما متبادلان؟

المعالجة الكيميائية والمعالجة الإشعاعية هما تقنيتان مساعدتان تهدفان إلى تدمير تجمعات الخلايا السرطانية والأورام المُخَبَّأة التي بإمكانها أن تبقى بعد الجراحة. المعالجة الكيميائية ليست بديلاً للمعالجة الإشعاعية والعكس صحيح. كلّ من هذه المعالجات له أهداف ومفاعيل مختلفة.

المعالجة الإشعاعية مثالية للاستخدام ضد الأورام المتقدمة محلياً (كبيرة، مع انتشار خلال الجدار المعوي) التي تشكل خطراً عالياً للتكرار في موقع الورم الأصلي (تكرار محلي). المشكلة مع التكرار المحلي شائعة أكثر في فراغ الحوض المحصور، وهي لذلك شائعة أكثر مع سرطان المستقيم. المعالجة الإشعاعية تعقم المكان حول السرطان، وهكذا تقلل من التكرار المحلي.

المعالجة الكيميائية من الجهة الأخرى، تستعمل للتحكم بمرض النقائل (أو السرطان المنتشر). ونظراً لتأثيراته الجانبية، فإن من غير الممكن استعمال المعالجات الإشعاعية على كامل الجسم بهدف منع التكرار. وحالما ينتقل الورم إلى العقد الليمفاوية، فالسرطان عندها يعتبر مرضاً جهازياً (يؤثر في كامل الجسم).

وبالرغم من أن الورم المرئي يزال بكامله عند الجراحة، فمن الممكن أن تبقى أمكنة مرضية مجهرية تكون غير مرئية، ربما في الكبد، الرئتين، أو في التجويف البطني. المعالجة الكيميائية تجرى وريدياً وتتوزع خلال الجسم – وتستعمل لمنع ومعالجة تكرار السرطان. إن سبب استخدام المعالجة الكيميائية بالترابط مع المعالجة الإشعاعية لسرطان القولون هو أن المعالجة الكيميائية تجعل الخلايا السرطانية حساسة لتأثيرات الإشعاع، وهكذا يصبح السرطان متجاوباً أكثر مع المعالجة الإشعاعية.

58. هل يحتاج كل مرضى سرطان القولون إلى المعالجات المساعدة الكيميائية والإشعاعية؟

المعالجتان الكيميائية والإشعاعية ليستا معالجتين بسيطتين وغير مؤذيتين. إنهما يتسببان بتأثيرات جانبية، والتي من الممكن أن تحدث مشاكل هامة. مثلاً، بعض أنظمة المعالجة الكيميائية تسبب غثياناً حاداً، فقداناً للشهية، وفقداناً للشعر. المعالجة الإشعاعية لسرطان المستقيم بإمكانها التسبب بالإسهال، العدوى، والعقم التناسلي. لهذا السبب، فإننا لا نعطي المعالجات المساعدة للأشخاص الذين لن يستفيدوا منها. إننا لا نريد تعريضهم لتأثيرات جانبية غير ضرورية وعدم ارتياح. ومثل كل المعالجات، فإن فوائدها يجب أن تزيد عن تأثيراتها الجانبية.

المعالجات المساعدة تعتبر ناجحة إذا كانت تقلص نسبة التكرار المحلي، تزيد الوقت بين الجراحة الأساسية، وتكرار السرطان، وتحسن من فرص النجاة بشكل حاسم. معظم سرطانات القولون المبكرة (مرحلة I؛ أنظر سؤال 28) تشفى بالجراحة وحدها، بدون المعالجات الكيميائية أو الإشعاعية. المعالجات المساعدة لا يمكنها تحسين فرص النجاة في هؤلاء المرضى وهي لهذا لا ينصح بها. المعالجات المساعدة تستعمل بصورة رئيسية لمعالجة السرطانات المتقدمة. تعين مقاييس محددة لمعرفة أيّ من المرضى تتطلب حالتهم المعالجة المساعدة.

إن فوائد هذه المعالجات يجب أن تزيد عن التأثيرات الجانبية لها.

سرطان القولون: كما ذكر سابقاً، سرطانات قولون المرحلة I تشفى بالجراحة وحدها، والمعالجة الكيميائية لا تفيد المرضى في هذه المرحلة من الداء. سرطان قولون المرحلة III، من الجهة الأخرى، هي أورام متقدمة تظهر سلفاً دليل انتشار للعقد الليمفاوية. هذه السرطانات تصنف كـ "أمراض جهازية" (خلال كامل الجسم) ومن المحتمل انتشارها حتى بعد الجراحة. الأفراد الذين يحملون هذه السرطانات هم المرشحون المثاليون للمعالجة الكيميائية. بعض الدراسات أظهرت أن المعالجة مع أنظمة كيميائية أساسية تنقص نسبة تكرار الورم بنسبة تتراوح من 60% إلى 40% وتزيد فترة البقاء على قيد الحياة من 50% إلى 60%. في عام 1990، كان من المتفق عليه بشكل واسع أن المعالجات المساعدة الكيميائية يجب أن تستعمل لسرطان قولون المرحلة III، وهذا بقي أساس العلاج.

يثار بعض الجدل حول استعمال المعالجات المساعدة في أمراض المرحلة II. سرطانات المرحلة II هي أورام كبيرة تكون قد انتشرت خلال الجدار المعوي ولكن ليس بعد للعقد الليمفاوية. بعض الأدلة توحي أنه يمكن زيادة فرصة البقاء مع مرض أورام المرحلة II بين المرضى الذين يتلقون معالجة كيميائية قبل الجراحة. مهما يكن، فالإحصائيات ليست جازمة بعد، والتأثيرات الجانبية يمكن أن تخيم على أية فوائد قد تعطيها المعالجة الكيميائية. لهذا السبب، فإن الخيار لتلقي العلاج الكيميائي لسرطانات قولون المرحلة II يترك عادة للمريض كي يقرره. الأشخاص الأصحاء الذين يملكون أوراماً هجومية يمكن أن يأخذوا خيار العلاج الكيميائي النظامي (معالجة كيميائية تعطى وريدياً وتتوزع خلال الجسم). إن البحث بهذا الموضوع ما زال مستمراً.

سرطانات قولون المرحلة IV تكون انتشرت مسبقاً إلى أعضاء بعيدة، مثل الكبد أو الرئتين. في حين أن سرطانات قولون المرحلة IV ما يزال بالمستطاع إزالتها جراحياً للوصول إلى الشفاء، فعموماً، إن فرص الشفاء هي صغيرة في هذه الحالات ولا ينصح عادة بالجراحة. المعالجة الكيميائية هي مخففة (لتخفيف الأعراض)، ولا يقصد بها شفاء السرطان، وهي المعالجة الأولية. أخيراً، فلم يظهر أي دليل على أن العلاج الإشعاعي مفيد في معالجة سرطان القولون الأولي.

سرطان المستقيم: تاريخياً، فبعد جراحة سرطان المستقيم هناك إمكانية كبيرة لتكرار محلي في الحوض. سرطانات T3 كبيرة (وتلك المترافقة مع انتشار عقد ليمفاوية) تتكرر في حوالى 30% من الحالات بعد الجراحة؛ مهما يكن، فإن نسبة التكرار المحلي قد تقلصت بسبب التحسينات في تقنيات الجراحة واستعمال TME (إزالة المستقيم نزولاً إلى عضلات المصرة الشرجية والمساريقا المرتبطة بها، أنظر سؤال 44). لكن استعمال المعالجة الإشعاعية حديثاً قبل إجراء الجراحة كان له الأثر الأكبر في معالجة سرطان المستقيم المتقدم المحلي (أو، السرطان الذي انتشر للأنسجة المجاورة). مع مزيج من تقنيات الجراحة المحسنة والمعالجات الإشعاعية المساعدة، فإن مخاطر التكرار المحلي في السرطانات المتقدمة هي الآن أقل من النصف عما كانت عليه سابقاً، أو حوالى 10%.

للأسف، المعالجة الإشعاعية وحدها بالحوض لا تعالج الانتشار الجهازي (المنتشر خلال كامل الجسم) للسرطان ولهذا لم يتم إثباتها بتحسين فرص البقاء الطويلة الأمد بعد الجراحة. مهما يكن، فعندما تشترك المعالجة الإشعاعية مع المعالجة الكيميائية (المعالجة المشتركة)، فإن التكرارات المحلية تتقلص وفرص البقاء الطويلة الأمد تزيد في المرضى مع أورام متقدمة. المعالجات المشتركة كانت لسنوات طويلة أساس العناية بسرطانات مستقيم المرحلة II والمرحلة III.

كما في سرطان قولون المرحلة I فإن المعالجات المساعدة لم تكن مفيدة في سرطان مستقيم المرحلة I. سرطانات المستقيم ذات المرحلة IV تشكل معضلة في التعاطي معها، لدرجة أن عدداً صغيراً من الحالات، يمكن المباشرة بها بهدف الشفاء. عموماً ومع هذا، فيتم التعاطي معها بواسطة المعالجة الكيميائية المخففة (لتخفيف الأعراض وليس للشفاء).

59. ما هي بالضبط المعالجة الإشعاعية؟

المعالجة الإشعاعية تستخدم أشعة كهرومغناطيسية عالية الطاقة لمعالجة الأورام الخبيثة. ومثل أدوية المعالجة الكيميائية، فإن جرعات كبيرة من الأشعة تسبب أذى للخلية. إن هدف المعالجة الإشعاعية يمكن أن يكون إما تدمير الورم أو،

المعالجة الإشعاعية الخارجية

معالجة إشعاعية تعطى من خارج الجلد.

في حالة المرضى مع سرطان ممتد أو منتشر، تخفيف العَرَض. والأكثر شيوعاً، هي إعطاؤها من خلال الجلد (المعالجة الإشعاعية الخارجية)، لكن بالإمكان استعمال الأشعة خلال الجراحة.

تركز حزمة أشعة على منطقة من الجسم المحتوية للورم. وكلما زادت قوة الجرعة، كلما ماتت خلايا ورمية أكثر. ولكن بسبب موت الخلايا السوية أيضاً، فإن الجرعات القصوى محدودة بتأثيراتها على الأعضاء المجاورة. للأسف، كل الأنسجة داخل مجال الجرعة تتلقى مستويات متماثلة من الأشعة. مثلاً، خلال المعالجة الإشعاعية للمستقيم، تمر الأشعة خلال الجلد، العضلات، العظم، المثانة، والأعضاء الجنسية قبل وصولها إلى المستقيم. كل هذه الأعضاء هي تحت مخاطر الإيذاء الإشعاعي كلما زادت جرعة المعالجة. المعالجة الإشعاعية من أجل ذلك تعدل لتزيد إلى الحد الأقصى القضاء على السرطان في الوقت الذي تخفض فيه إلى الحد الأدنى التأثيرات على الأنسجة المجاورة. إن مجموع الجرعة المعطاة والمساحة التي ستخضع للمعالجة هي عناصر خاضعة للتعديل من قبل أخصائي أشعة الأورام.

ولأن بعض أنواع الخلايا سريعة التأثر من الأشعة أكثر من غيرها، فإن بعض أنواع السرطانات يفضل معالجتها بالأشعة. هذا يعني أيضاً أن الأعضاء الحساسة في مجال الأشعة (الأمكنة التي تتعرض للأشعة) أسرع تأثراً بالأذية الإشعاعية. أعضاء مثل العين، العمود الفقري، والكلى تتأذى بسهولة جرّاء الأشعة، وعناية خاصة يجب أن تعطى لتخفيض الأشعة على هذه الأعضاء إلى حدها الأدنى. طريقة تخفيض التسمم الإشعاعي تكون بتقسيم الجرعة الإشعاعية الكلية إلى كميات أصغر على فترات أطول. هذا يسمح بتدمير أقصى للورم مع أدنى تسمم للأنسجة المجاورة – الخلايا السوية يتم إنقاذها، بينما يهاجم تقسيم خلايا السرطان بسرعة. وحتى بوجود هذه التقنيات، رغم ذلك، فإن كمية الإشعاع التي يمكن تسليطها بأمان ما تزال محدودة قبل حدوث إيذاء شديد للأنسجة.

بالرغم من أن الأشعة هي علاج مساعد ممتاز،
فإنها ليست بديلاً عن الجراحة.

بالرغم من أن الأشعة هي معالجة مساعدة ممتازة، فإنها ليست بديلاً للجراحة. المعالجة الإشعاعية تنقص مخاطر التكرار المحلي بعد جراحة رئيسية، لكن لا يمكنها أن تحل محل الجراحة. إنها أيضاً لا تستطيع تصحيح اتخاذ قرار خاطئ بالجراحة. مثلاً، الاستئصال عبر – الشرجي لآفات T2 أو T3 لا يوصى به، نظراً للمخاطرة العالية لانتشار العقد الليمفاوية و، إذاً، لتكرار محلي. المعالجة الإشعاعية مع الاستئصال عبر – الشرجي للأورام المتقدمة ما تزال تؤدي إلى تكرار كثيف وزائد ونتائج ضعيفة، لهذا فإنها ليست خياراً جيداً. بالرغم من أنها تسمح بالحفظ على المصرة وتتجنّب التفميم القولوني، فإن هذه المعالجة لا توفر نفس فرص البقاء مثل الاستئصال الحاسم. المعالجة الإشعاعية يجب أن لا تستعمل كبديل للمعالجة الجراحية المناسبة.

60. هل تعطى المعالجة الإشعاعية قبل أو بعد الجراحة؟

هذا سؤال شائع هذه الأيام، لأن المعالجة الإشعاعية عادة ما تستعمل قبل الجراحة أكثر من بعدها، وهذا يبدو مستغرباً. إنه لمن المفهوم جيداً أن المعالجة الإشعاعية بالاشتراك مع معالجة جراحية جيدة (إزالة المستقيم مع المساريقا كلها، أي إزالة المستقيم نزولاً إلى عضلات المصرة الشرجية، مع إزالة كل المساريقا المرتبطة) لسرطان المستقيم تقلص فرص التكرار المحلي عند المرضى الذين يعانون من أورام محلية متقدمة. إن مزج المعالجة الإشعاعية مع المعالجة الكيميائية يقلص التكرار المحلي ويزيد فرص البقاء على المدى البعيد. لهذا السبب فإن المعالجة الكيميائية بعد الجراحة الإشعاعية كانت لسنوات طويلة أساس العناية وما تزال تستخدم في العديد من المؤسسات. في هذه الحالات، سوف ينتظر طبيبك 6-4 أسابيع من بعد الجراحة كي يتوفر لك الوقت لتشفى بشكل كافٍ. بإمكانك عندها أن تتلقى المعالجة الإشعاعية الأساسية.

إذاً لماذا يجب أن تستخدم قبل وليس بعد الجراحة؟ هناك أسباب عدة. أولهـا، أنه إذا استخدمت الأشعة قبل الجراحة، فإن النسيج الشاذ، أي المستقيم المحتوي على السرطان، سيتلقى وطأة المعالجة. بعد الجراحة، يكون المستقيم. قد أزيل وعادة يبدل بجيب J - قولوني. إذا استخدمت الأشعة عندها، فإن كل الطاقة ستوجه نحو الجيب الجديد، مما يؤدي إلى أن تسوء وظيفة الأمعاء المنهكة أصلاً لدى المريض. التسمم هو إذاً أقل مع معالجة ما قبل الجراحة مما هو في معالجة ما بعد الجراحة.

سبب آخر لاستخدام المعالجة الإشعاعية قبل الجراحة هو أن بإمكانها تقليص الورم وجعل الجراحة أسهل. الأورام التي كان من الممكن أن تستدعي APR (إزالة كلية للشرج، المستقيم، وللعضلات المحيطة بالقناة الشرجية) نظراً لقربها من المصرة الشرجية يمكن أن تتقلص لدرجة كافية كي تزال بواسطة عملية مبقية على المصرة. إن هذا من الحسنات المهمة.

المعالجة الإشعاعية مفيدة أيضاً في أورام T3 للمستقيم التي تغزو خلال جدار المستقيم وفي الأورام التي انتقلت إلى العقد الليمفاوية. عادة لا يوصى بها في الحالات الأخرى. الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم بإمكانه تحديد ما إذا كان الورم هو ورم T3 وتجب معالجته بالمعالجة الإشعاعية. هذا يعني أن الأشخاص الذين لن يستفيدوا من المعالجة الإشعاعية سوف لن يتلقوها مع مضاعفاتها الجانبية دون ضرورة لازمة.

المعالجة الإشعاعية قبل الجراحة أصبحت إذاً أساس العناية للمرضى الذين نعتقد نحن أنهم سيستفيدون منها. مهما يكن، فإن الطريقة الوحيدة لتحديد هؤلاء المرضى قبل الجراحة هو معرفة مرحلة الورم عند وقت التقدم للفحص.

تعقيب باتي:

سيقوم فريق أطبائك بتحديد ما إذا كانت الأشعة يفضل استخدامها عندك قبل أو بعد الجراحة. في حالتي، فقد استخدمت قبل الجراحة بأمل تقليل الورم لتفادي تفميم قولوني. وعند وقت الجراحة، كل ما بقي كانت قرحة حيثما كان الورم.

61. كيف تجرى المعالجة الإشعاعية وكم مرة؟ هل أحتاج إلى البقاء بالمستشفى للمعالجة؟

عادة ما تعطى المعالجة الإشعاعية بالاشتراك مع المعالجة الكيميائية لمعالجة ما قبل الجراحة لسرطان مستقيم متقدم محلياً. إذا ما أظهر الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم أنك تعاني من سرطان مستقيم عميق وهجومي، فإنك سوف تحال إلى أخصائي أورام أشعة أيضاً إلى أخصائي أورام طبي للمعالجة. أخصائي أورام الأشعة سوف يقسم معالجتك بالأشعة وأخصائي الأورام الطبي سوف ينسّق معالجتك الكيميائية وذلك باختيار الأدوية المناسبة، الكمية المناسبة، والطريقة الأفضل لتطبيقها. ولأن معظم المعالجات المعتمدة تمزج المعالجة الكيميائية مع الإشعاعية، فإن هذين الطبيبين سوف يعملان عن قرب لإجراء المعالجة.

محاكاة

الزيارة الأولى لأخصائي أورام الأشعة الذي يعاينك والتي يتمّ خلالها تعيّن المجالات الدقيقة لعلاجك الإشعاعي.

المعالجة الإشعاعية تبدأ أولاً بالمحاكاة، يقرّر خلالها طبيبك تلك الأماكن من جسمك التي ستخضع للمعالجة. سوف تعطى الباريوم (مادة تباين بالإمكان رؤيتها على أشعة – X) بالفم ومن خلال مستقيمك. سوف يتم وضع علامات حبر صغيرة، ودائمة على جلدك وذلك لتوجيه المعالجات القادمة على نفس المكان بدقة في كل وقت تخضع فيه لـ RT.

المعالجة الإشعاعية المعتمدة لسرطان المستقيم تخدم 5 أسابيع. سوف تأتي كل يوم، من الاثنين إلى الجمعة، للمعالجة. وبالرغم من أن المعالجة الفعلية نفسها تستغرق فقط حوالى 15 دقيقة، فإنك يجب أن تتوقّع البقاء بالمستشفى لحوالى الساعة. لا تقلق – لا يوجد ألم على الإطلاق خلال الإجراء الفعلي للمعالجة الإشعاعية. المعالجة الكيميائية، بالرغم من إجرائها في أمكنة العيادات الخارجية، تعطى مع المعالجة الإشعاعية.

تعقيب باتي:

تقع غرف المعالجة لأخصائي أورام الأشعة الذي يعتني بي في المستشفى؛ كنت أذهب من الاثنين إلى الجمعة لما مجموعه 27 جلسة. كنت أتناول أدوية كيميائية أول وآخر ثلاثة أيام من فترة العلاج الإشعاعي، لذا كنت على بعد خطوات فقط من أخصائي الأورام الطبي في البناء المجاور. استغرقت الأشعة فقط حوالى خمس دقائق. التقنيون ابتعدوا لتقليل خجلهم، وكنت مغطاة بشرشف. أصدرت الآلة أزيزاً، وتخيلت أن قفير نحل، يلسع السرطان حتى النهاية. لم تؤذِ البتة، جعلني الصوت أفكر بالنحل – وهذا جعل الوقت يمضي أسرع وشعرت بأنني "أقوم بواجبي".

62. ما هي المضاعفات الجانبية للمعالجة الإشعاعية؟ هل سيكون بإمكاني إنجاب أطفال بعد المعالجة؟

التأثيرات الجانبية للمعالجة الإشعاعية تنتج عن إيذاء الأعضاء الأخرى التي تقع داخل المجال الإشعاعي (الأمكنة التي تخضع للأشعة). الأعضاء التي تتسمم أكثر تشمل المثانة، عظام الحوض، الأعضاء التناسلية، والأمعاء الدقيقة. الآثار الجانبية تشمل الإسهال، تعداد خلايا دم منخفض، وتغيرات بالجلد.

التأثيرات جانبية قصيرة المدى

تعقيب باتي:

لقد تمتعت بوقت جيد مع الأشعة حتى آخر أسبوعين. وعند أول إشارة لاحمرار الجلد، أعطيت مرهم "ألوفيرا" كي أستعمله، وعندما زادت التحركات المعوية، أعطيت نظاماً غذائياً مع مخلفات قليلة للمساعدة على تقليل التحركات. حقاً أشعر أن هذا قد ساعدني لتجنب الإسهال خلال المعالجة الإشعاعية. لقد استخدمت حمام قُعود عدة مرات يومياً، وهذا ما جعل جلدي طرياً. البواسير عندي التهبت، لكنّ تحاميلَ محتوية على الكورتيزون ساعدتني بشدة. كنت ألتقي بأخصائي أورام أشعة وأخصائي تغذية؛ لقد راقبوا عن قرب اختباراتي ووزني. كنت متعبة قليلاً، ولكني أخذت الأمور ببساطة وأنصت إلى جسدي.

التأثيرات الجانبية القصيرة المدى تبدأ بعد بدء المعالجة بنحو أسبوع إلى أسبوعين وتدوم حوالى أسبوع إلى أسبوعين بعد إتمام المعالجة. معظم هذه الأعراض يمكن السيطرة عليها بتغير بسيط في النشاط اليومي وبتناول أدوية يمكن

شراؤها دون وصفات. مهما يكن، فإنها تحتاج إلى مراقبة شديدة وعناية لمنع مضاعفات أشد خطورة من الحدوث. وفوق كل ذلك، معظم المرضى يتحمّلون المعالجة الإشعاعية جيداً ويستمرون بالعمل على أساس دوام جزئي. مهما يكن، فإن 15% إلى 20% من المرضى يحتاجون إلى التوقف عن المعالجة بسبب مضاعفات تسوء أكثر، وحوالى 5% يمكن أن يحتاجوا حقيقة إلى إقامة قصيرة بالمستشفى.

الإسهال: التأثير الجانبي الأكثر شيوعاً الناتج عن المعالجة الإشعاعية لسرطان المستقيم هو الإسهال، الناتج عن تأثيرات المزج بين المعالجتين الإشعاعية والكيميائية على الأمعاء. من الهام جداً أن تستمر بتناول الكثير من السوائل خلال هذا الوقت كي لا تصاب بالتجفاف الشديد نتيجة الإسهال. عليك أيضاً بتجنب بعض أنواع المأكولات التي تزيد من حالة الإسهال، مثل المأكولات الغنية بالدهنيات أو الألياف. في معظم الأحيان، يمكن السيطرة على الإسهال بواسطة النظام الغذائي وأدوية يصفها الطبيب؛ مهما يكن، إن كانت التأثيرات الجانبية شديدة جداً، فعليك أن تتوقف لفترة عن المعالجة.

كبت نقي العظم: لأن عظام الحوض هي مركز أساسي لإنتاج خلايا الدم، فمن الممكن أن تعاني نقصاً في تعداد خلايا الدم البيضاء وتعداد الصفائح خلال المعالجة الإشعاعية. خلايا الدم البيضاء مهمة في محاربة العدوى، لذا فمن الممكن أن تكون في مخاطر أكبر للعدوى أثناء المعالجة. وعلى الرغم من أنك يجب عدم تجنب مقابلة الأصدقاء وأفراد العائلة، عليك أن تقرر جيداً عند زيارة الأشخاص المصابين بالرشح أو بأشكال عدوى أخرى. الصفائح مسؤولة عن تجلط الدم حين حدوث جروح أو خدوش. وعلى الرغم من ندرة هبوط شديد لتعداد الصفائح فإن اللثات النازفة ونزف الأنف يمكن أن تكون علامات على هبوط تعداد الصفائح. سيجري طبيبك فحوص دم بشكل روتيني خلال علاجك لمراقبة هذه النسب. إذا هبطت إلى مستوى خطير، فإن توقفاً عن المعالجة يمكن أن يكون ضرورياً لتمكينها من التعويض. عموماً تعداد الدم يرجع للمستوى الطبيعي عند نهاية المعالجة.

المثانة: الأشعة يمكنها إيذاء المثانة، مسببة تبولاً متكرراً، إلحاحاً بولياً، وألماً

شديداً مع البول. يجب أن تستمر بشرب سوائل أكثر خلال المعالجة لإنقاص مخاطرك لهذه المشاكل. العلاج متوفر ليساعد في معالجة التقلصات اللاإرادية للمثانة التي تنتج أحياناً عن المعالجة الإشعاعية.

الجلد: المعالجة الإشعاعية تسبب احمراراً وحساسية في الجلد، والشعر في المناطق التي تتعرّض للإشعاع سيسقط. ولأن المعالجة مصوبة نحو المستقيم فإن الجلد ما حول الشرج يصبح حساساً بسرعة. إن وضع مرهم مرطب مثل الأكوانور للمنطقة المتأثرة وحدها (ليس كل المكان) يمكن أن يكون مساعداً جداً. يجب أن تتجنب الصابون المعطر ذا الرائحة، الذي بإمكانه إثارة الجلد. وعلى الرغم من أن المناطق التي تتعرّض للأشعة في سرطان المستقيم عادة ما تكون غير ظاهرة، فيتوجب عليك رغم ذلك عدم التعرض كثيراً للشمس.

الإعياء هو عارض مشترك خلال المعالجة الإشعاعية.

الإعياء: الإعياء هو عارض مشترك خلال المعالجة الإشعاعية ويمكن أن يكون له مسببات عديدة؛ مهما يكن، فإن العديد منها يمكن معالجته. أولاً، تأكد من أنك تنال نوماً عميقاً كافياً. استشر طبيبك إذا استمر الأرق أو القلق الشديد الذي يحد من نومك (أنظر القسم 5 من هذا الكتاب، "التغيرات الناتجة عن السرطان"، لتعرف المزيد حول مكافحة وطرق تقليل القلق). لا تشعر بالسوء إذا تمتعت بإغفاءات خلال النهار، إن كان ذلك ضرورياً. التمس مساعدة الأصدقاء أو أفراد العائلة لإنهاء الأعمال الرتيبة. استمر بالتمرين والعمل كلما استطعت، لكن لا تسرف بذلك.

التأثيرات الجانبية البعيدة المدى

النساء

الأعضاء التناسلية، بما فيها المهبل، الرحم، والمبيضان، كلها تقع ضمن المناطق المعرضة للمعالجة الإشعاعية ويمكن أن تتأثر بالأشعة.

انقطاع الحيض: إن لم تجربي بعد انقطاع الحيض، فإن علاجك سوف يسبب

تغيرات بانقطاع الحيض. سوف تتوقف دورتك الشهرية، ومن الممكن أن يتطـــور أعراض انقطاع للحيض مثل ارتفاع الحرارة المفاجئ، الأرق، وتغيرات بـــالمزاج. يجب أن تستشيري طبيبك النسائي لمناقشة التعويض الهرموني. وبسبب التغيـــرات على المبيضين، سوف تصبحين عقيمة، ولن يكون بإمكانك أن تنجبي أطفالاً.

تعليق باتي:

تكلمي مع طبيبك إذا لم تكلمي عائلتك قبل بدء المعالجة. قد يكون من الممكن توفير أكثر من بيضة واحدة وحيوان منوي قبل الجراحة. وبمعرفتي أن الأشعة تدمر المبيضين، فقد تم انتزاعهما وقت إجرائي جراحة القولون.

التغيرات المهبليـــة: بعض النساء يتعرضن لجفاف مهبلي وتضيق وذلك كردة فعل للعلاج الإشعاعي. وبالرغم من أن ذلك هو مشكلة دائمة فإنها تتجـــاوب مـــع المعالجة الطبية. استعمال مستحضرات ترطيب مهبلية مـــرتين أو ثـــلاث مـــرات أسبوعياً يمكنه إنقاص الجفاف، والمزلقات يمكنها تخفيف الألم عند الجمـــاع. مـــن المهم، مع ذلك، معالجة التضيق المهبلي الذي يمكـــن أن يحـــدث بعـــد المعالجـــة الإشعاعية، إما بالمباشرة بزيادة عدد مرات الجماع أو باســـتعمال موسّـــع مهبلـــي مرتين أسبوعياً. المرضى غير النشيطين جنسياً يتوجب عليهم مع ذلـــك اســـتعمال موسع مهبلي حتى يمكن إجراء فحوصات مهبلية ضرورية بالمستقبل. تكلمي مـــع طبيبك عن كيفية استعمال الموسع المهبلي، وإن كنت تعانين مـــن تغيـــرات فـــي الممارسة الجنسية كنتيجة للمعالجة، فإن بإمكانك استشارة طبيب أخصائي بمعالجـــة المواضيع الجنسية (أنظر أسئلة 89 و90 للمزيد عن التعامل مع التغيرات الجنسية).

الرجال

العسر الجنسي: المعالجة الإشعاعية لا تسبِّب قصوراً انتصابياً. إن مخـــاطر قصور الانتصاب مرتبطة بمدى الجراحة الضرورية لمعالجة ســـرطان المســـتقيم، وبالأذى الممكن للأعصاب المؤدية إلى القضيب. المعالجة الإشعاعية، مـــع ذلـــك، يمكن أن تسبب أذى يمكن أن يحد من كمية الحيوانات المنوية والسائل الذي تنتجه. المرضى يمكن أن يلاحظوا نقصاناً في الدفق(تدافع الحيوانـــات المنويـــة) خـــلال الجماع. بالإضافة لذلك، فإن تعداد الحيوانات المنوية يمكن أن يكون أقـــل، مســـبباً

المعالجة القصيرة

معالجة إشعاعية تتألف من وضع قسطرات صغيرة (أنابيب فارغة) جراحياً في الجسم والتي توجه المواد الإشعاعية إما إلى أو لجانب العضو المصاب بالسرطان.

عدم الخصوبة. إن احتمال حصول ذلك يختلف، إن أردت أن يكون لك أبناء بالمستقبل، فإنه عليك التفكير باستخدام بنك الحيوانات المنوية (حيث بإمكانك تخزين حيواناتك المنوية) قبل المعالجة الإشعاعية والجراحة. للمزيد عن التعاطي مع التغيرات الجنسية، أنظر أسئلة 89 و90).

63. ما هي المعالجة الإشعاعية القسطرية؟

مع المعالجة الإشعاعية القسطرية، فإن قسطرات (أنابيب مجوفة) توضع بالجسم لتوجيه الأشعة إما حيث أو إلى جانب تمركز السرطان. هذا يسمح بأقصى حد للجرعات العلاجية أن تعطى مع أدنى تسمم للأنسجة المحيطة. إنها تجرى فقط في مؤسسات متخصصة التي تمتلك الموارد والتجهيزات الضرورية. نحن نحصر استعمال المعالجة الإشعاعية القسطرية بالمرضى المصابين بتكرار محلي لسرطان القولون والمستقيم. في بعض هؤلاء المرضى، فإن معالجة إشعاعية ذات حزمة خارجية يكون قد تم استعمالها ووصلت إلى أقصى جرعة يمكن تحملها. المعالجة الإشعاعية القسطرية تسمح لمعالجات إشعاعية إضافية بأن تعطى نظراً لأنها تسبب تسمماً أقل للأنسجة المحيطة.

64. ما هي أدوية المعالجة الكيميائية التي تستعمل لمعالجة سرطان القولون والمستقيم وكيف يتم التعاطي معها؟

معظم المعالجات الكيميائية تعمل بمهاجمة الخلايا خلال النمو والتكاثر. الخلايا الخبيثة (السرطانية) لا تتمتّع بالقدرة الطبيعية على ضبط النمو وبإمكانها التكاثر بوحشية، منتشرة محلياً وبعيداً بنفس الوقت. بتحديد النمو الإجمالي للخلايا، تحدد المعالجة الكيميائية انتشار الورم، ومع أن عناصر المعالجة الكيميائية يتم امتصاصها بكل خلايا الجسم، فإن الخلايا السريعة النمو، مثل الخلايا السرطانية، هي معرضة أكثر لتأثيراتها. بعض الأدوية المستعملة لمعالجة سرطان القولون موجودة في جدول

7. هذه هي الخيارات الأساسية، التي تحسن فرص البقاء بعد جراحة سرطان القولون. لكنها قطعاً ليست لائحة كاملة؛ عناصر أخرى متوفرة ويمكن استخدامها بواسطة أخصائي الأورام الذي يعتني بك في معالجتك. معظم العناصر غير محددة بسرطان القولون، وبعضها يسبب تأثيرات جانبية. عموماً، مهما يكن، العناصر الأساسية المستخدمة بمعالجة سرطان القولون هي نسبياً خفيفة وبالإمكان تحملها بسهولة.

إن اختيار المعالجة الكيميائية سوف يستند على موقع سرطانك (سواء قولون أو مستقيم). مرحلة سرطانك، وما إذا كانت لديك حالات صحية أخرى. جرّاحك سيطلب منك استشارة أخصائي أورام طبي لتخطيط وإدارة المعالجة الكيميائية، وأخصائي الأورام الطبي سيعمل بالتنسيق مع أخصائي أورام الأشعة إن كان هناك من حاجة للمعالجة الإشعاعية. عموماً، المعالجة الكيميائية، تعطى كمزيج من الأدوية، عادة دواعين لسرطان القولون.

مهما يكن، أنظمة ذات ثلاثة أدوية ينصح بها لنقائل سرطان المرحلة IV والسرطانات التي لا تتجاوب مع المعالجة أو التي تتكرر. أنظمة الثلاثة أدوية فعّالة أكثر، لكنها عادة ما يكون لها تأثيرات جانبية أكثر.

سرطان القولون

المعالجة الكيميائية ينصح بها لكل مرضى سرطان قولون المرحلة III (سرطان قولون منتشر إلى العقد الليمفاوية المجاورة). المعالجة المعتمدة حالياً هي 5-FU ويعطى بعد الجراحة بالإضافة إلى ليوكوفورين لمدة 6 أشهر، لكن أنظمة العلاج المضبوطة تختلف من مستشفى إلى مستشفى. في أكثر الحالات، تعطى في دورات من 6 أسابيع: المعالجة الكيميائية تعطى مرة أسبوعياً للأسابيع الأربعة الأولى، تلحقها فترة استراحة من المعالجة لمدة أسبوعين. المعالجة الكيميائية تعطى وريدياً خلال وريدك bolus (جرعة كبيرة من الدواء تعطى وريدياً دفعة واحدة، بدل الحقن البطيء). هذا النظام يستمر لستة أشهر. الخيارات الأخرى تشمل معالجة تعطى يومياً لمدة أسبوع واحد، يتبعها فترة توقف لمدة خمسة أسابيع.

جرعة كبيرة

جرعة كبيرة من الدواء تعطى وريدياً دفعة واحدة، بدلاً من الضخ البطيء.

جدول 7 الأدوية المستعملة بالمعالجة الكيميائية لسرطان القولون

الاسم	الاستعمال الرئيسي	التأثيرات الجانبية	تعقيبات
5 – فلوراسيل (5-FU)	5-FU هو الدواء الأكثر استعمالا في معالجة سرطان القولون. تقريباً كل أنظمة المعالجة تتضمن 5-FU. واستعمال 5-FU بالاشتراك مع أدوية أخرى يزيد فرص البقاء بحوالى 30% عند بعض المرضى.	نقصان في تعداد خلايا الدم البيضاء والصفائح غثيان/تقيؤ إسهال قرح في الفم والشفتين أظافر هشة شهية ضعيفة	5-FU هو الأول في سلسلة أدوية لسرطان القولون والمستقيم المرحلة III المنتشر لعقد ليمفاوية محلية.
ليوكوفورين (حامض الفولينيك؛ فيتامين)	ليوكوفورين يزيد تأثيرات5-FU. معاً يؤلفان المعالجة الكيميائية الأكثر شيوعاً لسرطان القولون والمستقيم.	في حدها الأدنى	
كابيسيتابين (زيلودا)	زيلودا، يؤخذ بالفم كحبة تتكسر داخل الجسم لتصبح 5-FU. تستعمل لمعالجة سرطان القولون والمستقيم المرحلةIII.	مشابهة لـــ 5-FU	لأن زيلودا يمكن أن يؤخذ بالفم فإنه يمكن أن يقدم تحسينات هامة على 5-FU الذي يعطى وريدياً، والذي عادة ما يتطلب قسطرة مركزية وريدية. الدراسات تختبر مدى صلاحيتها لمعالجة سرطان القولون والمستقيم.
ارينوتيكان (كامبتوسار، CPT-11)	CPT-11 هو دواء جديد يستعمل لمعالجة سرطان القولون والمستقيم. إن إشراك CPT-11، مع 5-FU، وليوكوفورين هو السلسلة الأولى لمعالجة النقائل (المرحلةIV) لسرطان القولون والمستقيم.	نقص تعداد خلايا الدم غثيان/تقيؤ إسهال تساقط الشعر ألم بطني إعياء	إن استعمال CPT-11 في وضع المساعد كدواء يبقى تحت الاختبار.
أوكسالي بلاتين (إيلوكسيتان)	أوكسالي بلاتين استعمل لمعالجة سرطانات المبيضين والثدي. يستعمل لسرطان القولون والمستقيم المرحلةIV المتكرر أو بعد فشل السلسلة الأولى للمعالجة.	غثيان/تقيؤ تنميل وخدر في اليدين والقدمين (عادة يزولان بعد انتهاء العلاج) خدر في الشفتين	أوكسالي بلاتين ليس دواء سلسلة أولى حالياً ويستعمل كجزء من نظام متعدد الأدوية لسرطان القولون والمستقيم المتقدم.
مايتومايسين (ميوتامليسين)	مايتومايسن و5-FU بالاشتراك مع المعالجة الإشعاعية تؤلف المعالجة الأولية للخلايا الصدفية المسرطنة للقناة الشرجية.	تناقص في تعداد خلايا الدم غثيان/تقيؤ شهية ضعيفة إعياء	

سرطان المستقيم

بالرغم من أن المعالجات الكيميائية والإشعاعية لما بعد الجراحة ما تزال تستعمل بشكل مشترك في بعض المراكز، فإن هناك اتجاهاً نحو المعالجة ما قبل الجراحية (قبل الجراحة) لسرطان المستقيم المتقدم محلياً. المعالجة تشمل 5 أسابيع من المعالجة الإشعاعية مع المعالجة الكيميائية. المعالجة الكيميائية يمكن أن تعطى كنظام جرعة كبيرة واحدة أو بشكل حقن مستمر. أما 5-FU وحده أو ليوكوفورين هي أنظمة الجرعة الكبيرة الواحدة المعتمدة. المعالجة الكيميائية تعطى كجرعات واحدة كبيرة وريدياً خلال الـ 5 أيام الأولى وآخر 5 أيام من المعالجة الإشعاعية.

حديثاً، كان هناك اتجاه نحو إجراء المعالجة الكيميائية كحقن متواصل لـ 5-FU وحده بدلاً من نظام جرعة واحدة كبيرة. في هذه التقنية، فإن مضخة خاصة تستعمل لتعطي المعالجة الكيميائية على مدار الساعة، بالتزامن مع المعالجات الإشعاعية. معالجة الحقن المستمر ينتج عنها سميّة أقل من نظام الجرعات الكبيرة الواحدة، وهذا يعني أن المرضى يعانون فترات إسهال وغثيان أقل أو أقصر. المرضى إذا يتحملون هذا النظام بشكل أفضل ويحتاجون إلى فترات انقطاع عن المعالجة أقل. مع تأثيرات جانبية سمية أقل، فإن جرعات أعلى من المعالجة الكيميائية يمكن أن تعطى.

ولأن هذا النوع من المعالجة الكيميائية يعطى 24 ساعة باليوم، فإن طريقة وصول وريدية موثوقة أكثر، تدعى MediPort تكون مطلوبة. توضع "الميدي بورت" بينما المريض يكون تحت تخدير خفيف في غرفة العمليات أو في جناح الأشعة. توضع قسطرة في أحد العروق الكبيرة في العنق أو أعلى الصدر ثم تمرّر تحت جلد الصدر. بسبب وجودها تحت الجلد، فإن مخاطر العدوى تكون أقل؛ مع ذلك، فالتعقيم الصارم ضروري خلال المعالجة. توضع إبرة بزاوية خاصة في خزان صغير تحت الجلد، والمعالجة الكيميائية يمكن أن تعطى بواسطة طريقة الوصول هذه. المضخة تحمل طوال اليوم ويعاد تعبئتها مرة بالأسبوع. وبالرغم من أن طريقة غزوية تكون مطلوبة لوضع "الميدي بورت"، فإن المعالجة المستمرة بحقن 5-FU أصبحت أكثر شعبية لأنها كما يعتقد تسبب سميّة أقل، ولأنها أكثر فعالية من معالجة الجرعة الواحدة الكبيرة مع 5-FU وحده.

داء المرحلة IV

عندما ينتشر سرطان القولون إلى الأعضاء الأخرى، مثل الكبد، فإنه يسمى داء المرحلة IV. للأسف، فنادراً فقط ما تتمكن الجراحة مصحوبة بالمعالجة الكيميائية من شفاء داء المرحلة IV. لهذا السبب، المعالجة الكيميائية هي الخط الأول للمعالجة بدلاً من الجراحة، مع الأمل بأن مزج أدوية المعالجة الكيميائية سوف يؤدي إلى تقليص الورم وتركيزاته البعيدة حتى تصبح الجراحة خياراً بالمستقبل. بالنسبة لداء المرحلة IV، فإن معالجة كيميائية ثلاثية الأدوية من 5-FU، ليوكوفورين، وCPT-11 ينصح بها لمعالجة الخط الأول لسرطان قولون متقدم. أكسالي بلاتين سمح به حديثاً جداً من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)، للاستخدام في داء المرحلة IV وعند أولئك المرضى الذين لم يتجاوبوا مع معالجة الخط الأول. أدوية، أخرى، وجديدة يمكن أن تستعمل تحت إشراف رسمي من قبل بروتوكولات أبحاث ودراسات. إن كنت قد أحلت إلى المعالجة الكيميائية لعدم تمكنك من إجراء جراحة ولديك سرطان منتشر لأجزاء أخرى من جسمك، اسأل أخصائي الأورام حول الدخول في تجربة من المعالجات المشتركة. أخصائي الأورام سوف يتمكّن من إعطائك الإضافات الأحدث والتفاصيل لهذه المعالجات.

65. كيف أتجنّب التأثيرات الجانبية مثل العدوى والإسهال خلال تلقي المعالجة الكيميائية؟

مقارنة بالمعالجة الكيميائية للأمراض الخبيثة الأخرى، فإن الأدوية المستعملة لسرطان القولون هي نسبياً خفيفة ويمكن تحملها جيداً. التساقط الكامل للشعر والغثيان الحاد غير شائعين. والكثير من الأشخاص يستمرون بالعمل خلال فترة معالجتهم كيميائياً فقط. مهما يكن، حتى وإن كانت السميّة أقل، فإن وقاية أساسية يجب أخذها لمنع المضاعفات غير الضرورية.

العدوى: إن عناصر المعالجة الكيميائية تقلص أعداد خلايا الدم البيضاء في مجرى الدم، والتي هي مقاومات الجسم للعدوى، لذا فإنك ستكون أكثر عرضة للعدوى السائدة. لهذا السبب، يجب أن تبذل مجهوداً لتقليل تعرضك للعدوى خلال

المعالجة الكيميائية. إبدأ بتجنب الأشخاص الحاملين لأعراض مثـل الأنفلـونزا، أو الأمراض المعدية الأخرى. تجنّب الأطفال الصغار الذين تلقوا لقاح فيـروس حـي حديثاً، بما في ذلك شلل الأطفال، الحصبة، والجدري. نعرف مرضى شغلوا أنفسهم "بتجنّب الجراثيم" خلال علاجهم، إلى الدرجة التي تجنّبوا فيها أفراد عائلاتهم (مثل أحفادهم) أو توقفوا عن الاجتماعيات كلية. مهما يكن، يجب أن لا تتجنب الآخـرين كلية، لكن استعمل حكمتك في نشاطاتك اليومية. من المهم جداً أن تستمتع بالحيـاة كلما كان ذلك ممكناً خلال معالجتك، وأن تحصل على الدعم الاجتماعي أيضاً، كي تبقي على معنوياتك عالية.

ابذل جهدك لتتجنّب التعرض إلى العدوى
خلال المعالجة الكيميائية.

أغسل يديك مراراً، خصوصاً قبل طهو وتناول الطعام، وجرّب أن تحافظ علـى عناية صارمة بالجلد. يجب استعمال مراهم تطرية الجلد أو مـراهم لتفـادي الجفـاف والتشقق. عالج الجروح والخدوش بسرعة، واستعمل المطهرات، عند الضرورة. تناول طعاماً مطهواً جيداً، وتجنّب الطعام النيء أو غير المطهو جيداً مثل السوشـي أو steak tartare. أحرص على طهو البيض جيداً، أو استعمل بيضاً مجمداً، معقمـاً، لوصـفات تتطلب بيضاً نيئاً. تجنّب العصائر المعصورة حديثاً، والمشـروب غيـر المعقـم، وقائمة أخرى من الطعام غير المصنع أو المعقم (الخضار المزروعة أمام المنازل، مثلاً). هذه الإجراءات البسيطة سوف تقلّل من مخاطر تلبك المعدة.

خذ حذرك من أعراض المرض، واطلب عناية طبية بسرعة. الحـرارة مـا فوق 100 درجة فهرنهيت يجب رفعها للطبيب، خصوصـاً إن كانـت مصـحوبة بنوبات برد وتعرق. الاحمرار، الحرارة، والورم كلها علامات مشـتركة لعـدوى الجلد، خصوصاً حول مكان مرحلة IV أو مكان MediPort. التهاب الحلق، السعال، أنف يرشح كثيراً يوحي بعدوى تنفسية عليا. الألم عند التبول يمكن أن يشـير إلـى عدوى في المسالك البولية ويجب أن يعالج بمضادات حيوية عن طريق الفم. كـل هذه المستجدات يجب رفعها لطبيبك حالاً لتقليل مخاطر المضاعفات أكثر.

تعليق باتي:

كنت حريصة على تجنّب الحشود عندما كان تعداد خلايا الدم البيضاء منخفضاً، لكني احتجت إلى تناول المضادات الحيوية مرات قليلة خلال المعالجة الكيميائية. حرصت على شرب الكثير من السوائل لتجنّب التجفاف. نادراً ما أصبت بالإسهال، وحرصت على اتباع BRAT (الموز، الرز، صلصة التفاح، الخبز المحمص) كنظام غذائي، واستمريت بدفع السوائل، والاتصال بالطبيب إذا لم يستطع الإموديوم المساعدة بالتحكم به.

الإسهال: الإسهال هو التأثير الجانبي الأكثر شيوعاً وهو ناتج عن المعالجة الكيميائية لسرطان القولون. عادة ما يكون أقوى خلال النموذج المشترك للمعالجة (معالجة كيميائية وإشعاعية). الإسهال يمكن التحكّم به عادة بتنويعات للنظام الغذائي (جدول 8). يجب أن تتناول كميات أصغر ولكن مرات أكثر، واختر الأطعمة المنخفضة الألياف بدل تلك العالية الألياف، وهذا يشكّل ما يشار إليه عادة بالغذاء القليل المخلفات.

جدول 8: نصائح غذائية لتجنب الإسهال خلال المعالجة الكيميائية

اختر	تجنب
الخبز الأبيض	خبز القمح الكامل
الفواكه المطبوخة دون قشر	الخضار والفواكه
الرز الأبيض	الحبوب والبندق
الحبوب مع الكريمة	الحبوب ذات الألياف
الدجاج والحبش دون جلدها	اللحم المقلي

بإمكان طبيبك أن يصف لك مجموعة من الأدوية لتساعدك في حالة الإسهال، بما فيها الإموديوم أو اللوموتيل، لكن المعالجة الأساسية يجب أن تركز على تعديل نظامك الغذائي. لا تتناول أدوية تشتريها مباشرة دون الرجوع لطبيبك أولاً. استمر بشرب الكثير من السوائل لتجنّب النجفاف، إذا استمر إسهالك شديداً، اتصل بطبيبك؛ فربما ينصحك بإعطاء المِعى راحة بواسطة تناول الأغذية السائلة. في الحالات الشديدة، الاستشفاء يمكن أن يطلب لاستعادة توازن السوائل وريدياً.

التهاب الفم: التهاب الفم يدلّ على تقرحات حول الفم وسقوف مخاطية أخرى،

وتكون شائعة خلال المعالجة بـ 5-FU. يجب أن تذهب لطبيب أسنانك لتنظيف كاف وفحص قبل المباشرة بالعلاج. العناية الشديدة بالفم هي الطريقة الفضلى لتجنّب هذه المضاعفة. نظّف أسنانك بانتظام، مستعملاً فرشاة أسنان ناعمة. تجنّب منظفات الفم المحتوية على الملح والكحول، التي بإمكانها إثارة القروح المفتوحة. اختر مأكولات، ناعمة، لينة، مثل الجبنة البيضاء، صلصة التفاح، الجلو، البوظة، الكسترد، والبيض المخفوق. تجنّب المأكولات الحارة، المالحة، والحامضة التي تسبّب حساسية، مثل عصير الليمون أو الكريفون، عصير الحامض، والبندورة، مثلها كمثل الأطعمة الخشنة، وأيضاً الغرانولا والخضار النيئة. في الحالات الشديدة، المهدئات السطحية (مضادات الألم التي توضع مباشرة على منطقة متقرحة) والغرغرة بإمكانها إزالة الأعراض الصعبة.

66. ماذا عن الطب البديل والمداواة المتجانسة؟

عند تشخيصهم بالسرطان، أناس عديدون يلجأون لمعالجات غير تقليدية كآخر، أو حتى كأول، ملجأ لهم في معركتهم ضد هذا المرض. مهما يكن، فالمعالجات التي كان ينظر إليها بسخرية في السابق تلاقي الآن ازدياداً في الشعبية والقبول من الناس ومن حتى المجتمع الطبي، طالما أنها لا تستعمل كبديل للمعالجة التقليدية. تقريباً نصف مرضى السرطان يستعملون معالجات بديلة، وخطط الضمان الصحي قد بدأت بتغطية معالجات مثل الوخز بالإبر. مهما يكن، فبعض الأمور الهامة يجب أخذها بعين الاعتبار حول هذه المعالجات. أولاً، إنها معالجات "مكملة"، بمعنى أنها تؤخذ مع المعالجات الحالية ولكن يجب عدم استبدالها مطلقاً بالمعالجات الطبية التقليدية. إن استعمال التقنيات غير التقليدية وحدها يمكن أن يؤخر المعالجة المناسبة ويمكن أن ينهك ميزانية المريض المالية قبل المباشرة بالعناية الكافية. مع معرفة ذلك، فإن هذه المعالجات يمكنها أن تحسّن نوعية حياة مريض السرطان وذلك بتقليل الغثيان، والتقيؤ، وألم السرطان.

المعالجة المكملة

معالجة جديدة يقصد بها أن تستعمل بالإضافة إلى خيار المعالجة الأساسية المعتمدة.

ما يقرب من نصف مرضى السرطان يستعملون معالجات بديلة.

عادة ما يساء فهم كيفية عمل هذه المعالجات، والعديد من هذه العلاجات غير خاضع للمراقبة الحكومية. من المدهش أن بعض الأدوية المتجانسة تحتوي على عناصر أدوية عشبية بإمكانها التفاعل مع الأدوية التقليدية. إن كنت تريد استعمال أحد هذه العلاجات، يجب عليك دائماً استشارة طبيبك الأولي حتى تكون مراقباً بصورة صحيحة. إن البحث العميق للطب المكمّل هو خارج نطاق هذا الكتاب، مهما يكن، فإن بعض العلاجات الشائعة ودورها في إدارة السرطان قد تمّ بحثها.

بعض المعالجات المتجانسة تحتوي أدوية عشبية بإمكانها التفاعل مع المعالجة التقليدية.

الوخز الإبري

معالجة صينية تشمل استعمال إبر رفيعة توضع في نقاط ضغط خاصة على الجسم.

الوخز بالإبر/Accupressure: الوخز بالإبر هو التقنية الأكثر استعمالاً في الطب المكمّل. باستعمال إبر أو ضغط خارجي لنقاط ضغط محددة، العاملون بالوخز يدّعون استعادة توازن في المجاري الحيوية للمريض مما يحسّن الصحة. الدراسات التي أجريت لتقييم الوخز بالإبر جاءت بنتائج متناقضة. مهما يكن، فيوجد دليل كافٍ على أن الوخز يساعد على إدارة الآم الظهر والأسنان، الصداع النصفي، الغثيان، والتقيؤ، وبالحقيقة، فالوخز بالإبر يمكن أن يكون علاجاً إضافياً مفيداً للغثيان والتقيؤ الناتجين عن المعالجة الكيميائية. إنه عملية آمنة، ومضاعفات العدوى أو استرواح الصدر (الرئة المثقوبة) هي نادرة جداً.

المنتجات العشبية: المعالجات العشبية هي مداواة مباشرة دون وصفات محتوية على مجموعة من الأدوية الطبيعية. وبالرغم من أن الأدوية التقليدية عادة ما تحتوي على دواء صافٍ جداً (بالرغم من أنها يمكن أن تحتوي على واحد أو أكثر من المكونات "الخامدة" التي لا تؤثّر بالجسم)، المعالجة العشبية عادةً ما تمزج مجموعة متنوعة من الأدوية الفعّالة. بعض المنتجات العشبية قد جرّبت كعناصر كيميائية ضد السرطان. إسّياك، دواء عشبي شائع في شمال أمريكا، يحتوي على خليط من بوردوك، الراوند التركي، الحمّيض، الدردار. إسّياك لم يثبت أن له تأثيراً

مضاداً للسرطان. إسكادور، المشتق من المقساس (الدّبق) mistletoe، لـــه انتشـــار واسع في أوروبا. في دراسات مخبرية، مشتقات المقســـاس أظهـــرت خصـــائص محاربة السرطان؛ مهما يكن، فإن هذه الفائدة لم تثبـــت فـــي الإنســـان. عناصـــر المعالجة الكيميائية الوحيدة التي أثبتت ولها تأثير محدود ضد سرطان القولون هـــي المعالجات التي تمّ وصفها سابقاً في سؤال 64.

المنتجات العشبية المكملة، مع ذلك، لها دور مساعد في معالجـــة الســـرطان. عشبة القلب St. John's wort (Hypericum perforatum) لها تأثيرات مثبتة فـــي إدارة الاكتئاب الطفيف. مركبات الزنجبيل (Zingibar officinalis) يمكـــن أن تقلـــل مـــن الغثيان والتقيؤ. الناردين (Valeriana Officinalis) يساعد بعض النـــاس فـــي حالـــة الأرق، الكافا كافا (Piper methysticum)) يمكنه تخفيف القلق. كل هـــذه المكمـــلات يمكنها أن تكون مساعدة في معالجة مضاعفات معالجة السرطان. مهما يكن، الـــــ FDA لا ترخّص العلاجات العشبية للأمان والفعالية. إضافة لذلك، فإن تركيـــزات المعالجات المظبوطة يمكنها أن تختلف بشدّة، وتقـــارير حديثـــة أظهـــرت ســـمّية ملحوظة في الكبد والكلى في بعض المعالجات العشبية، مثل الكافا كافا. أيضـــاً، إن تفاعلات العلاجات العشبية مع الأدوية التجارية لم تخضع للاختبار وهي لذلك غير معروفة. لهذا السبب، يجب وقف المعالجات العشبية عدة أسابيع قبل أي نوع مـــن الجراحة لمنع المضاعفات غير المعروفة. ومثل ذلك، يجب عليك مناقشـــة أخـــذك لأية معالجات عشبية مع أخصائي أورام إن كانت المعالجة الكيميائية موصوفة لك. أحياناً بعض الناس يأخذون علاجات عشبية لأعراض مثل الاكتئاب لأنهم يشعرون بأثر نفسي أقل مرتبط بتناولهم لعلاجات عشبية من أن يطلبوا مســـاعدة طبيـــبهم. الاستشارة ووصف الأدوية تعـــالج القلـــق بفعاليـــة، الاكتئـــاب، الأرق، وبعـــض الأعراض الأخرى. الأدوية الموصوفة يمكن أن تكون أكثر أماناً وتأثيراتها معروفة أكثر. تكلم مع طبيبك لإيجاد أفضل الحلول لك.

غضروف القرش: غضروف القرش بإمكانه أن يحدّ من نمو الأوعية الدموية في التجارب المخبرية. إن لهذا تأثيرات مثيرة للاهتمام في معالجة الســـرطان، لأن نمو الأوعية الدموية الجديدة هو خطوة مهمة في نمو الورم، لذا أن الحد من هـــذا

النمو يمكن أن يكون مهماً. مهما يكن، جزيئات غضروف القرش هي أكبر من يتم امتصاصها خلال القناة الهضمية للإنسان، والدراسات لم تظهر أي فائدة من مكملات غضروف القرش لمرضى السرطان المتقدم.

النظام الغذائي: هناك أنصار عديدون للأنظمة الغذائية البديلة التي يفترض أنها تحد من نمو السرطان. نظام الماكروبيوتيك يُبنى على الاعتقاد بأن السرطان هو نتيجة عدم توازن بين الين واليانغ. النظام يهدف إلى تصحيح عدم التوازن هذا بمأكولات تتميز بالغنى في الين أو اليانغ. على أرض الواقع، إن التغيرات في الماكروبيوتيك هي مماثلة لنصائح الـ USDA. إنها تشجّع استهلاك المأكولات الغنية بالألياف، الفواكه، والخضار كما الوجبات المكملة مع الفاصوليا، الأعشاب البحرية، والشوربة. بروتينات اللحوم والجُبْن تستبدل ببروتينات الصويا. بالرغم من أن هذه التغيرات الغذائية يمكنها المساعدة بمنع سرطان القولون والمستقيم، فليس هناك من دليل على أن تغيرات الماكروبيوتيك سوف تساعد المرضى على الشفاء من سرطانهم.

معالجة جيرسون، الشائعة في المكسيك، تستخدم مزيجاً من النظام الغذائي والعلاجات الأخرى لإزالة السموم المخزونة في الكبد. المعالجات تتضمن وجبات غنية بالبوتاسيوم. حقن القهوة الشرجية والاستهلاك اليومي لغالون من عصير الفواكه. أوحت دراسة واحدة عن فائدة محتملة لمرض melanoma؛ مهما يكن، فالدراسة يشوبها بعض العيوب الإحصائية. الاستعمال العيادي لحقن كبد عجل نيء أوقفت حديثاً بعد إصابة عدد من المرضى بعدوى شديدة. تجربة عشوائية قامت بتقييم نظام غذائي صارم مع حقن قهوة شرجية تجرى في مدينة نيويورك، لكن لا يوجد دليل حالياً لدعم هذه العلاجات كمعالجات أولية لسرطان القولون.

العلاج بالعطر: العلاج بالعطر هو وضع زيوت نباتية أساسية على الجسم. مع أن العلاج بالعطر يمكنه المساعدة على تخفيف القلق الناتج عن السرطان، فلم يثبت أنه يحسن من توقعات فرص البقاء. بعض المرضى وجدوا أن روائح مثل اللافندر تساعدهم على الاسترخاء خلال أوقاتهم الصعبة، مثل الأوقات قبل بدء المعالجة الكيميائية والإشعاعية.

الإشفاء الروحي: الإشفاء الروحي هو تحويل الطاقة من مصدر خارجي (مثل الله) أو من شخص إلى آخر بقصد الإشفاء الفيزيائي أو العاطفي. يمكن إيصال الإشفاء من خلال اللقاء المباشر أو عن بعد. تقنيات ريكي واللمس العلاجي هما مثالان عن تقنيات الإشفاء الروحي. الإشفاء الروحي لم يثبت أنه يزيد من توقع العمر في مرضى السرطان. مهما يكن، فقد أظهرت دراستان أن المرضى الذين تلقوا العلاج اللمسي لديهم قلق أقل وحالة عقلية أفضل من الذين استخدموا فترات استراحة بسيطة.

العلاج بالتنويم المغناطيسي: العلاج بالتنويم المغناطيسي يمكنه تقليل الغثيان والتقيؤ عند مرضى السرطان ويمكنه تقليل ألم السرطان.

معظم الأطباء يرحبون بالمعالجات المكملة عندما تترافق مع الجراحة أو أي من المعالجات الموصوفة؛ مع ذلك، يجب أن تخبر طبيبك دائماً إن كنت تستعمل أو تفكر باستعمال الطرق المكملة لمعالجة سرطانك أو أي من الأعراض المترابطة معه. عندها فإنك لا تتأكد فقط بأن معالجتك آمنة، بل أن طبيبك سوف يتمكّن من إدارة علاجك بطريقة أفضل.

تعقيب كايت:

حالما سمع الناس أنني أعاني من السرطان، بدأوا بإخباري عن بعض الأعشاب الطبية الطبيعية أو المكملة وعن نظام غذائي خاص، والتي كلها تمكنت من شفاء الكثير من الأشخاص. "الأطباء لن يخبروك عنها"، قالوا، "لأن لا أرباح في أشياء طبيعية ورخيصة". لكن هذه المكملات نادراً ما تكون رخيصة، ولا دليل على نجاحها.

بعد رؤية أصدقائي ينفقون أموالهم وآمالهم على صناديق شاي، ونظام الماكروبيوتيك الذي تركهم جائعين ومتقلقلين، وحتى إنني قمت برحلات يائسة إلى عيادات في المكسيك، بدأت أدقق في النصائح الصديقة. كتاب نشر بواسطة جمعية السرطان الأمريكية، دليل ACS للعلاجات المكملة والبديلة للسرطان، ساعدني كثيراً. ولقد وجدت أن بعض هذه البدائل خطير جداً، البعض منها يتداخل مع المعالجة الكيميائية والشفاء، والبعض الآخر مضيعة للمال فقط. أفضّل أن أنفق نقودي على حضور الأفلام السينمائية الجيدة أو في نزهة إلى الشاطئ مع عائلتي، تلك الأمور المفرحة البسيطة التي ترفع من معنوياتي وتساعدني على التمتع بالحياة.

67. ما هو نوع المتابعة الذي سأحتاج إليه بعد الجراحة؟

الجراحة والمعالجة المساعدة هما الخطوتان الأوليتان في معركتك ضد سرطان القولون والمستقيم. من المهم أن تحاول الاحتفاظ بعقل منفتح وموقف إيجابي لأن معظم سرطانات الأشخاص المصابين تشفى بهذه المعالجات. مهما يكن، سوف تحتاج إلى أن تبقى يقظاً وتكون تحت متابعة جيدة مع فريق إدارتك، بمن فيهم طبيب عنايتك الأولي، طبيبك للجهاز الهضمي الداخلي، أخصائي الأورام الطبي، والجرّاح. السبب في هذا مضاعف والمتابعة الأولية ستركز على التعرف على تكرار السرطان. هذا ممكن بفحوصات الدم والتنظير الداخلي وإن كان بعد مرور 5 سنوات، استمرت شهادتك الصحية جيدة، عندها ستعتبر أنك قد "شفيت" من سرطانك الأولي. مهما يكن، ما أن تشخّص مرة بسرطان القولون والمستقيم، فإنك تصبح في مخاطر تطوير سرطان قولون ومستقيم آخر لاحقاً في حياتك. الهدف الثاني للمتابعة إذاً هو التعرف المبكر على السرطانات المتكررة. سوف تحتاج إلى فحص تنظير قولوني حسب البروتوكولات الموضوعة.

إن استمريت بعد 5 سنوات أن تتمتع بحالة
صحية عامة نظيفة، سوف تعتبر من الذين شفوا.

المتابعة أكثر ما تكون مكثّفة خلال أول سنتين بعد الجراحة لأن معظم التكررات (80%) تحدث خلال هذا الوقت. نحن ننصح باستشارة أخصائي طبي، أما جرّاحك أو أخصائي الأورام الطبي، كل 3 أشهر لأول سنتين. خلال هذه الزيارات، فإن فحوصات الدم الروتينية سوف تجرى لفحص تعداد خلايا الدم ومستوى المستضد المسرطن (CEA). الفحص الفيزيائي سوف يجرى كما عمليات الفحص في العيادات الخارجية مثل منظار المستقيم أو منظار القولون السيني، إن كان هذا ضرورياً. هذه الخطوط العريضة هي مرنة. إذا ما شعرت بأن شيئاً قد تغير، أو ببساطة لا تشعر أنك بخير، فإنك قطعاً يجب أن تأخذ موعداً مع طبيبك بأقصى سرعة. إن كنت تعاني من إعياء مزمن، ألم في البطن، أو تمدد في البطن،

يجب عليك طلب العناية فوراً. التغير في عاداتك المعوية يتطلب إجراءات تشخيص إضافية بمنظار القولون. بعد مرور سنتين على وقت الجراحة، فإن دورات زيارات المتابعة يمكن تمديدها إلى 6 أشهر.

عموماً، المراقبة الروتينية بواسطة فحص CT المسحي أو فحصPET المسحي بعد الجراحة لا ينصح بها. هذه الفحوصات مكلفة، مؤذية قليلاً، ولم يثبت أنها تساعد على البقاء في المدى الطويل. مهما يكن، المرضى ذوو المخاطر العالية لتكرار سرطانهم يمكنهم الخضوع إلى فحوص CT المسحية للمتابعة كل 6 أشهر لأول 3 سنوات.

المتابعة الروتينية مع فحص مستوى CEA المتكررة ينصح بها. بالرغم من أن فوائد النجاة الواضحة لم تثبت بهذا النوع من المتابعة، إننا نعرف أن ارتفاعاً في مستويات CEA تحدث في 65% إلى 75% من حالات سرطان القولون المتكررة. هذا الارتفاع في مستوى CEA يمكنه أن يحدث في وقت مبكر حتى 5 أشهر قبل تمكن الفحص الفيزيائي وفحوصات الأشعة (مثل أشعة – X، CT) من كشف السرطان. فحوصات إضافية مع PET, CT, MRI المسحية يمكن أن تبدأ إذا لوحظ ارتفاع في مستوى CEA. في عدد قليل من المرضى، الكشف المبكر لتكرار السرطان يمكن أن يسمح بمعالجة تستخدم لتحسين فرص البقاء؛ لسوء الحظ فإن هذا هو الاستثناء وليس القاعدة. عندما يتكرر السرطان، فإنه يكون شاملاً ولا يمكن أن يشفى بالطرق التقليدية.

التنظير القولوني يجب أن يكرّر سنة واحدة بعد الجراحة كي يتمكن الجرّاح من تقييم الأمكنة التي جرت فيها الجراحة وفحص القولون لأية سليلات جديدة أو سرطانات. إن وجدت سليلات، يجب عليك إعادة التنظير القولوني كل سنة أو اثنتين حتى يصبح القولون نظيفاً. التنظير القولوني يمكن أن يجرى عندها كل ثلاثة سنوات.

نحن ننصح بطريقة المتابعة المكثفة مع المرضى المصابين بأورام المستقيم لأن عندهم نسبة تكرار محلي عالية (تكرار في نفس المكان) وأيضاً بسبب أن

مكان التكرار المحلي يسهل الوصول إليه. بعد استئصال المستقيم، فإن الأمكنة الجراحية تقع أقصى أسفل المستقيم ويمكن رؤيتها بسهولة خلال منظار المستقيم، أو منظار القولون السيني. وكلاهما يمكن إجراؤه خلال الزيارات الروتينية للعيادة. كما أننا نعتمد كثيراً على الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم للمرضى الذين خضعوا لاستئصال عبر - شرجي لسرطان المستقيم. نحن نجري هذه الفحوصات في كل زيارة عيادية لأول 5 سنوات. وبالرغم من أن هذه لا تجرى عادة في مؤسسات أخرى، فإن الفحص ما فوق الصوتي داخل المستقيم يمكن أن يكون مصدراً قيماً في التعرف على عقد ليمفاوية متضخمة حول المستقيم، وأيضاً يسمح بأخذ خزعات لآفات مشبوهة. نحن ننصح بفحص ما فوق الصوتي خلال زيارات المتابعة بعد استئصال عبر - شرجي لسرطانات المستقيم (الجراحة المبقية على المصرة التي تزال الأورام فيها عبر الشرج).

تعقيب باتي:

سيخبرك أطباؤك عن عدد المرات التي تحتاج فيها لكي تستشيرهم. بعد مرور أربع سنوات على التشخيص، فأنا أزور طبيبي للجهاز الهضمي وأخصائي أورام أشعة مرة كل سنة، أخصائي أورام طبي كل ستة أشهر. لقد خضعت لفحوصات CT مسحية سنوياً، وأشعة - X صدرية؛ CEA, CBC وصورة جانبية أيضية كل ستة أشهر. التنظير القولوني الذي خضعت له كان صحيحاً بعد مرور سنة على التشخيص، كما خضعت لتنظير قولوني بعد ثلاثة سنوات، والذي كان صحيحاً أيضاً.

68. ما هو التصوير المَقْطَعي بالإصدار البُوزيتروني (PET) المسحي؟

التصوير المَقْطَعي بالإصدار البوزيتروني Positron Emission Tomography (PET) هو فحص إشعاعي يستخدم لكشف سرطان متكرر (عائد) أو نقائل (منتشر). PET يمكنه إعادة كشف وجود السرطان قبل CT، أو MRI.

PET دقيق جداً في كشف تكرار (عودة) السرطان. يمكنه كشف نقائل الكبد في أكثر من 90% من الحالات، وهذا أفضل من فحص CT المسحي. إضافة لذلك، فـ PET يمكنه التمييز بين الجروح العادية بعد الجراحة وتكرار السرطان، والتي

يمكنها أن تكون صعبة الكشف بواسطة فحوص CT وMRI. بالرغم من أنه ممتاز في التعرف على التكرار، PET يمكن استخدامه فقط كمساعد لـ CT وMRI الضروريين لخلق صور تشريحية تستخدم بالتخطيط للجراحة. إضافة لذلك، فكل المكتشفات الشاذة في فحص PET المسحي تحتاج إلى تأكيدها بواسطة الخزعات والمراجعة المجهرية.

إن كنت تخطط لفحص PET المسحي، ستحتاج إلى الصوم (تمتنع عن الطعام) صباح يوم الفحص؛ إن تناولت الطعام، فإن الأمعاء ستظهر مستوى مرتفع من النشاط، وهذا بإمكانه إخفاء اكتشاف السرطان المتكرر. تحقن مادة نشيطة إشعاعياً بوريدك قبل فحص PET المسحي. الدراسة بكاملها ستستغرق أكثر من ساعة حتى يمكن جمع سجل كامل. تظهر الصورة التي يحصل عليها فحص PET المسحي "نقاطاً ساخنة" قد تكون مؤشراً لسرطان منتشر.

إن فحص PET المسحي هو تقنية ما تزال بالمهد حالياً. إنها تستعمل لتساعد على توضيح القرارات الصعبة على CT وMRI. آلات أحدث تجمع حقاً بين تقنيات CT وPET لتأخذ الأفضل من العالمين. إضافة لذلك، المرضى الذين يعانون لجراحة محتملة إن تكرر سرطانهم يخضعون لدراسات PET. إذا اكتشف سرطان واسع الانتشار، فإن الجراحة ستوضع جانباً لمصلحة المعالجة المسكنة غير الجراحية. فحص PET المسحي لا ينصح به للمتابعة الروتينية أو كإجراء تشخيصي في زيارتك الأولى لطبيبك.

معالجة الداء المتقدم

69. ماذا يمكنني أن أفعل إذا انتشر السرطان إلى كبدي؟

إن التحسينات الحديثة في فرص البقاء لسرطان القولون ترتبط في أغلبها مع ازدياد الفحوص المسحية والتشخيص المبكر. للأسف فالتقدم لم يكن مجزياً في إدارة سرطان المرحلة IV الذي يكون قد انتقل لأعضاء أخرى. نصف عدد المرضى الذين يخضعون لجراحة سرطان القولون والمستقيم سيعانون من عودة سرطانهم، وفي هذه الحالات، فإن الموقف على المدى الطويل يظل صعباً. لأن

إمداد الدم العادي إلى القولون يصرّف إلى الكبد، فإن معظم انتشار السرطان (80%) يحدث هنا. سرطان القولون والمستقيم غير المعالج الذي ينتقل إلى الكبد هو مميت دائماً، ومعدل توقع العمر بعده هو فقط 5-10 أشهر. في الوقت الذي يكون فيه الورم قد انتقل إلى الكبد، فإن داءً جهازياً (كامل الجسم) يكون قد استجد عادة، والذي لا يمكن معالجته عادة بالجراحة؛ بالرغم من أن كامل إجمالي (المرئي للعين المجردة) الورم يمكن أن يزال، فإن من المحتمل أن تبقى تركيزات مجهرية ويكون بإمكانها النمو في وقت لاحق. بعد أن عرف هذا، توجد فئة صغيرة من المرضى التي لديها نقائل في الكبد تكون الدليل الوحيد لتكرار الورم. في حوالى الثلث من هؤلاء المرضى، فإن الإزالة الجراحية لنقائل الكبد، يمكن أن تؤدي إلى الشفاء. إذا حتى مع توفر تقنيات أخرى بإمكانها تحسين نوعية حياة المريض وتمدد توقع الحياة، فالجراحة عندما تكون ممكنة، وهي الفرصة الواقعية الوحيدة للشفاء ويجب التفكير فيها عندما يكون ذلك ممكناً.

فقط 20% إلى 30% من مرضى نقائل الكبد مرشحون للجراحة، لأن السرطان عادة يكون قد انتقل لأعضاء أخرى أيضاً. في هذه الحالات، فإن المرض يكون حقاً جهازياً (خلال كامل الجسم) ولا يمكن إزالته جراحياً. سرطان القولون والمستقيم يميل أيضاً إلى الانتشار إلى العقد الليمفاوية العميقة في البطن، بطانة الجدار البطني، والرئتين. إن PET المسحي أصبح دراسة مفيدة للتعرف على كل أماكن المرض ويحدّد صلاحية الورم للجراحة. عندما يكون هناك انتشار للأعضاء الأخرى، فإن جراحة الكبد تكون غير عملية، والمعالجة الكيميائية الجهازية (المعالجة الكيميائية المعطاة وريدياً ومبثوثة خلال كامل الجسم) تصبح المعالجة المختارة.

إذا قرر طبيبك أن الورم موجود في الكبد فقط، فإن الخطوة التالية هي تقرير ما إذا كان الورم يمكن إزالته جراحياً. جرّاح متخصص في الجراحة الكبدية سيأخذ هذا القرار. الكبد ينقسم إلى فص يسار وفص يمين حسب تغذيته بالدم، وهذه الفصوص مقسمة أيضاً إلى ثمانية أجزاء. التقنيات الجراحية الحالية تسمح للجرّاحين بإزالة أسافين صغيرة من الكبد، أجزاء منفردة أو فصوص كاملة خلال

جراحة السرطان. لحسن الحظ، فإن الكبد له المقدرة المدهشة لتجديد نفسه، لذا فقط 20% من أنسجة الكبد السليمة تكفي للقيام بوظيفته بكفاءة بعد الجراحة. القدرة على إزالة نقائل الكبد جراحياً تعتمد على حجم وموقع الورم في الكبد وعلاقته بالتراكيب المجاورة structures، مثل الأوعية الدموية الرئيسية، وفحوص MRI وCT المسحية هي مفيدة جداً في تقرير ذلك. إزالة قسم من الكبد أو بعضٍ منه قد أصبح عملية آمنة، ونسبة الوفيات نتيجة هذه العمليات هي الآن أقل من 5% في المراكز العلاجية الكبيرة.

كبدي

يتعلق بالكبد.

عندما تحدث الوفاة، فإنها تنتج عادة عن فشل الكبد، وإذا ما عاد داء متكرر إلى الكبد. إن نظاماً من خمسة مقاييس بإمكانه التنبؤ بإمكانية رجوع السرطان إلى الكبد:

1. حجم الورم أكبر من 5 سم.
2. وقت انتشار السرطان إلى نقائل الكبد هو أقل من 12 شهراً بعد جراحة سرطان القولون والمستقيم الأولية (الأولى).
3. عدد الأورام في الكبد أكبر من واحد.
4. الورم الأولي (الأول) انتقل إلى العقدة أو العقد الليمفاوية المجاورة.
5. مستوى CEA ما قبل الجراحة أكبر من 200.

في المرضى الذين يوافقون على أكثر من اثنين من هذه المقاييس، فإن السرطان في كبدهم مرشح للرجوع. لهذا السبب، هؤلاء المرضى يفضل معالجتهم بالمعالجة الكيميائية الأولية بدلاً من الجراحة.

70. هل هناك معالجات أخرى لنقائل الكبد إن كانت الجراحة ليست خياراً؟

كما اقترحنا في الأسئلة السابقة، فإن أفضل إمكانية للشفاء في داء المرحلة IV من سرطان القولون والمستقيم هي الجراحة. مهما يكن، إن لم تكن الجراحة ممكنة، فإن

الورم سيستمر بالنمو داخل الكبد، مسبباً فشلاً عضوياً وبالنهاية الموت. في هذه الحالات، فإن تدخلات أخرى يمكن أن تكون متاحة ويكون بإمكانها زيادة توقع العمر وتحسين نوعية حياة المريض. في الماضي، المعالجة الكيميائية الجهازية (المعالجة الكيميائية التي تؤثر في كامل الجسم) كانت أساس العلاج، وهي المعالجة الأولية للأمراض غير القابلة للجراحة. مزيج من الأدوية الجديدة (مثل CPT-11، 5-FU وليكوفورين) قد سجلت تحسينات بالمقارنة مع استخدام 5-FU بمفرده. في بعض الحالات، فإن تقنيات غزوية إضافية يمكن أن تكون مفيدة، كما هو مشروح أدناه.

المعالجة الكيميائية بالحقن الشرياني الكبدي

الضخ الشرياني الكبدي

هذه التقنية تستخدم مضخة لإدارة جرعات عالية من المعالجة الكيميائية مباشرة في مجرى الدم في الكبد.

الحقن الشرياني الكبدي Hepatic Artery Infusion (HAI) يستعمل مضخة لضخ جرعات عالية من المعالجة الكيميائية مباشرة في مجرى الدم للكبد. بهذه الطريقة، فإن عناصر المعالجة الكيميائية يمكن حقنها مباشرة لداخل الكبد وبهذا فهي لا تتبعثر خلال الجسم، على أمل أن تسفر عن رد فعل أفضل من المعالجة الجهازية. إن إمداد الدم للكبد يأتي من مصدرين: الشريان الكبدي والوريد البابي؛ مهما يكن، فإن رواسب نقائل السرطان تتزوّد بالدم عن طريق الشريان الكبدي. خلال الجراحة، فإن قسطرة خاصة توضع بهذا الشريان وتوصل إلى مضخة العلاج الكيميائي الموضوعة تحت الجلد. يوضع العلاج الكيميائي في المضخة، ويجرى حقن متواصل لجرعات عالية من العلاج الكيميائي مباشرة إلى الكبد.

يكمن السبب في إمكانية أن يكون HAI فعالاً أن الكبد هو العضو المسؤول طبيعياً عن تأييض عناصر العلاج الكيميائية. العلاج الكيميائي المعطى وريدياً في الساعد ينتشر خلال الجسم، مما يسمح بامتصاصه من قبل كل الأنسجة الأخرى. السموم من هذه الأدوية يمكنها الحدوث في أمكنة أخرى، مثل الأمعاء، نقي العظم، الطبقة المخاطية للفم (بطانة الحلق). مع ذلك، عندما يعطى العلاج الكيميائي مباشرة في الشريان الكبدي، فإنه يتركز على خلايا السرطان. الكبد

عندها يؤيض باقي أدوية العلاج الكيميائي بطريقة لا تنتشر فيها هذه الأدوية في كامل الجسم. لهذا السبب، فإن كميات أعلى من جرعات العلاج الكيميائي يمكن إجراؤها بهذه الطريقة، والمعالجة تتركز مباشرة على خلايا الورم المعنية. فلوروديوكسيوريدين (FUDR) هو دواء يعمل مباشرة بصورة شبيهة لـ 5-FU. عندما يعطى خلال HAI، فإن أكثر من 95% من FUDR يبقى في الكبد، وهذا يعني أن أقل من 5% تتبعثر في الجسم. المرضى الذين يخضعون لـ HAI عندهم سمّية جهازية (كامل الجسم) أقل كثيراً، هذا إن وجدت. التأثيرات الجانبية الشائعة للمعالجة الكيميائية الجهازية، مثل الإسهال والتهاب الفم (حساسية الحلق)، هي نادرة جداً مع HAI.

الأورام تقلصت بصورة ملحوظة في حوالى 60% من المرضى الذين يخضعون للضخ الشرياني الكبدي، وهذه نسبة أكبر بضعفين من رد فعل المرضى الذين يتناولون العلاج الكيميائي الوريدي وحده. بالإضافة لذلك، فإن نوعية حياة المريض تكون أفضل لوجود تأثيرات جانبية أقل تحدث مع HAI. مهما يكن، HAI ليس للجميع. جراحة بطنية أساسية يجب إجراؤها لوضع المضخة. إضافة لذلك، فإن مضاعفات تحدث مع طريقة علاج المضخة وتشمل النزيف خلال الوضع الجراحي، التخثر المتأخر للشريان الكبدي، والتهاب الكبد.

للأسف، حتى HAI لن يشفي المرحلة IV من سرطان القولون. الورم يكون قد انتشر أخيراً لما بعد الكبد ولهذا فإنه لا يتأثر بالعلاج الكيميائي المعطى خلال المضخة. معظم البروتوكولات، لهذا، تحتوي على معالجة كيميائية جهازية (كامل الجسم) معطاة مع معالجة HAI. وبالمختصر، HAI هو معالجة مفيدة لسرطان القولون والمستقيم الذي حدّد انتشاره بالكبد والذي يكون غير قابل للجراحة بواسطة التقنيات الجراحية الحالية. HAI يمكن استخدامه أيضاً بعد استئصال كبدي لتقليل مخاطر عودة السرطان. المرضى مع النقائل في الكبد وفي أماكن أخرى مرشحون للمعالجة الكيميائية الجهازية ذات الأدوية المتعددة فقط.

تعقيب جودي:

عندما شخص زوجي بسرطان القولون والمستقيم المرحلة IV الذي بدأ بمنطقة المستقيم السيني وانتشر إلى الكبد، زرع له جرّاحه جهاز HAI. بعد الجراحة، تناول زوجي العلاج الكيميائي الجهازي مع HAI إلى الكبد مباشرة. عندما كان يتناول العلاج الكيميائي فقط بواسطة HAI، فإن نوعية حياته كانت جيدة جداً. لم يكن عنده أية تأثيرات جانبية خلال هذه الأوقات وكان قادراً على العمل والاستمتاع بالخروج مع العائلة والأصدقاء. استناداً للمعلومات، HAI يشتري الوقت، ليس فقط يطيل المدة ولكن يؤثر في نوعية الحياة أيضاً. مع معظم سرطانات المرحلة IV، فالنقائل أخيراً تبدأ بالسيطرة. عرفنا أن الرهانات غير جيدة، لكننا بسبب معرفتنا بواحد أو اثنين من الذين نجوا من المرحلة IV، لم نفقد الأمل بتاتاً. توفي زوجي بعد ثلاثة أعوام من الجراحة تقريباً، وإذا علمنا أن توقعات عيشه كانت "حوالى السنة"، فأنا أعزو لـــ HAI إطالة وقتنا معاً.

الاستئصال البارد Cryoablation

الاستئصال البارد

تقنية هجومية تدمر خلايا الورم من خلال تجميد وتذويب النسيج الخبيث.

الاستئصال البارد هو تقنية تدمّر خلايا الـــورم من خلال تجميد وتذويب الأنسجة الخبيثـــة. مســـابر خاصة مبردة بالنيتروجين السائل تدخل مباشرة فـــي الورم داخل الكبد. تستطيع المسابر بسماكة تصل إلى 3 مم تجميد منطقة من النسيج بقطر 5 أو 6 سنتيمترات. أكثر الأحيان، الاستئصال البارد يُجرى من خلال جراحة بطنية، حتى يمكن وضع المسابر تحت نظر الجرّاح المباشر داخل الورم. باستعمال تقنيات أحدث، المسابر الباردة يمكن وضعها خـــلال جراحة تنظير بطني وحتى خلال الجلد بدون الحاجة إلى شق كبير. بالرغم من أن الاستئصال البارد هو أقل أذية من استئصال كل أو جزء من الكبد، فإن الاستئصال البارد يمكن أن يكون معقداً بالنزيف، خرّاجات كبديـــة، فشـــل كلـــوي، وجـــروح لأعضاء أخرى.

تقنيات الاستئصال البارد المؤذية لديها حالات وفاة بنسبة 4% وهـــي نفـــس النسبة التي لجراحة سرطان الكبد. يجب أن لا تعتبر عملية غير مؤذية علـــى أيـــة حال. مهما يكن، فقد استخدم الاستئصال البارد لسنوات عدة فـــي معالجـــة أنـــواع

مختلفة من أورام الكبد، وهو فعّال جداً بقتل خلايا الورم داخل منطقة التجمد.

للأسف، فإن نجاعة الاستئصال البارد هي محدودة بسبب الضرر الذي يحدث للأعضاء المجاورة والأوعية الدموية. بالإضافة لذلك، فإن تقلص الورم الناتج عن الاستئصال البارد هو مؤقت فقط، وأورام عدة تعود في خلال 6 أشهر. مهما يكن، الاستئصال البارد يظل أداة مفيدة لمعالجة نقائل الكبد الصغيرة المبعثرة والتي لا يمكن إزالتها بالجراحة. التجارب جارية لتقييم استخدام الاستئصال البارد بالمشاركة مع HAI. حالياً، الاستئصال الكبدي يبقى المعالجة الأساسية لنقائل سرطان القولون إلى الكبد، لكن جراحة الاستئصال البارد هي بديل معقول لمرضى مختارين لداء غير قابل للاستئصال.

استئصال الترددات اللاسلكية Radiofrequency Ablation

استئصال الذبذبات

معالجة السرطان التي تستخدم الحرارة لقتل الأورام.

استئصال الترددات اللاسلكية (RF) يستخدم الحرارة لقتل الأورام. مثل الاستئصال البارد، فإن مسباراً يدخل إلى الكبد، حيث الورم، ومنطقة من الأنسجة المحيطة، تدمر بالطاقة الحرارية. RF يمكن أن يجرى مع تقنيات جراحة مفتوحة، جراحة بطنية، جراحة جلدية (خلال الجلد)؛ مهما يكن RF والاستئصال البارد يختلفان. RF فعّال في قتل الأنسجة فقط داخل شعاع يبلغ 3 سنتيمتر حول المسبار. بالرغم من أن الموجات، ما فوق الصوتية بإمكانها كشف "كرة الجليد" الناتجة خلال المعالجة الباردة بسهولة، فإن المنطقة المعالجة بـ RF لا يمكن تمييزها بنفس السهولة خلال الجراحة. التكرار المحلي هو أعلى. بالرغم من أن التجهيزات الضرورية لإجراء RF هي أقل كلفة بكثير من التي يحتاج إليها الاستئصال البارد، فإن دور استئصال RF يبقى بانتظار تحديده وسوف يعتمد ذلك على التقدم التكنولوجي كما على التجارب العيادية مع متابعة كافية.

وبالاختصار، فإن عدداً من المعالجات الموثوقة والاختبارية موجودة لمعالجة سرطان القولون المنتقل إلى الكبد وحده. هذه المعالجات تستطيع إطالة توقّع العمر

وتحسين نوعية الحياة بالوقت نفسه. الإزالة الجراحية، عندما تكون ممكنة، تبقى الفرصة الفضلى للشفاء.

71. ما هي المعالجة داخل التجويف البطني؟

مثل HAI، المعالجة intraperitoneal (داخل التجويف البطني) تحاول إعطاء العلاج الكيميائي مباشرة إلى رواسب الورم. المعى الدقيق والمعى الغليظ يعومان بحرية داخل التجويف البطني. وبالرغم من أن أكثر الأماكن الشائعة لنقائل سرطان القولون والمستقيم تتضمن العقد الليمفاوية حول القولون، الكبد، والرئتين، فإن أنواعاً محددة من سرطان القولون والمستقيم تميل إلى الانتشار داخل البطن، مغطية بذلك بطانة الجدار البطني ومغلفة المعى الدقيق والغليظ. وهذا يدعى التسرطن.

عندما يكون السرطان منتشراً بشكل واسع داخل التجويف البطني، فإن الإزالة الكاملة بواسطة الجراحة لا تكون ممكنة لأن أجزاء كاملة من الأمعاء تكون مغطاة برواسب ورمية، ومن المستحيل إزالة رواسب الورم كلية والإبقاء على أمعاء كافية للعمل بعدها. مهما يكن، إن كان بالمستطاع إزالة كتلة الورم بالجراحة، عندها يعطى العلاج الكيميائي مباشرة داخل التجويف البطني، ورواسب السرطان الباقية يمكن أن تعرض إلى مستويات أعلى من العلاج الكيميائي. لإجراء المعالجة، فإن قسطرة توضع داخل البطن بواسطة عملية صغيرة، وعناصر العلاج الكيميائي تضخ مباشرة لداخل التجويف البطني. إنها عملية غير مؤذية إلى حد كبير؛ مهما يكن فالتأثيرات الجانبية، بما فيها ألم البطن، يمكن أن تحدث.

إن تجارب الأطباء مع معالجة داخل تجويف البطن هي محدودة. توجد تقارير قليلة عن ناجين على أمد طويل بعد معالجة داخل التجويف البطني؛ مهما يكن، فإن تجارب قليلة قد استطاعت أن تبرهن على أن هذه التقنية تحسن توقعات العمر. المعالجة داخل التجويف البطني تبقى خياراً تجريبياً لفئة مختارة جداً من المرضى مع ورم منتشر تحديداً بالتجويف البطني.

72. ما هي آخر التطورات في معالجة سرطان القولون والمستقيم؟

الكفاح ضد سرطان القولون والمستقيم يشمل طريقاً متعدد الأنظمة، بما فيها الوقاية، الجراحة، وتقنيات المعالجة المساعدة. البحث ما زال مستمراً في مختلف أوجه المعالجة، والعديد منها قد تمَّ تلخيصه في الأقسام السابقة. مثلاً توجيهات الفحوص لسرطان القولون والمستقيم قد تمَّ تغييرها حديثاً، مع اتجاه نحو التنظير القولوني بدلاً من تنظير المستقيم الطيِّع. إضافة لذلك، فإن تقديم تقنيات أحدث، مثل التنظير القولوني الافتراضي، يمكن أن يقدّم خيارات أقل أذية في المستقبل. التقنيات الجراحية قد تمخضت عن استئصال مساريقا المستقيم الكامل بسرطان المستقيم، جيب – J القولوني، والتقنيات المبقية على المصرة. الاختبار الجيني لسرطان القولون والمستقيم الوراثي يمكنه أن يسمح بتعرف أبكر على الأشخاص الذين هم في مخاطر الإصابة بالمرض، ومثل هذه الاختبارات تساعد على توجيه الإدارة في المستقبل. مع فهم أفضل للأساس الجزيئي لسرطان القولون والمستقيم، فإن طرقاً جديدة للمعالجات المساعدة (وبالأخص العلاج الكيميائي) يتمّ بحثها.

إن الكفاح ضد سرطان القولون يتضمن مقاربة متعددة الأنظمة.

أكسالي بلاتين وCPT-11: أكسالي بلاتين وCPT-11 قد تم استخدامهما حديثاً فقط كعلاجات لسرطان القولون، والمرضى الذين يتناولون هذه الأدوية قد أظهروا ردود فعل ممتازة من بعد عدم استجابتهم للمعالجة بـ 5-FU. CPT-11 بالاشتراك مع 5-FU وليوكوفورين هي الآن الأساس في المعالجة الأولية لسرطان قولون المرحلة IV. CPT-11 وأكسالي بلاتين يُدرسان الآن بالاشتراك مع عناصر أخرى للمعالجة الأولية لسرطان القولون والمستقيم.

5-FU: 5-FU يبقى حجر الزاوية في المعالجة الكيميائية لسرطان القولون والمستقيم المتقدم. 5-FU يعطى بالضخ المتواصل لأن هذه الطريقة هي أكثر فعالية، لها سمّية أقل، وتسمح بإعطاء جرعات أعلى؛ مهما يكن، فإن هذه المعالجة تتطلب منفذاً دائماً يوضع كي يمكن من استخدام مضخة. يتم بحث أنواع فموية من

5-FU كبديل للتقنيات الوريدية، ودراسات حديثة أظهرت نتائج مشـجّعة للأنـواع الفموية لهذا الدواء. إذا أصبح بالمستطاع الوصول إلـى نفـس مسـتويات الـدم بالجرعات الفموية، فإن وضع المنفذ المؤذي يمكن تفاديه.

مضاد حيوي
جزيء في جهاز مناعة الجسم الذي يميّز المواد الغريبة في البكتيريا والخلايا السرطانية.

المعالجة بتوجيه الأجسام المضادة: حديثاً قفـز استخدام المعالجة بتوجيه الأجسـام المضـادة إلـى الواجهة. الأجسام المضادة هي جزيئات في النظـام المناعي للجسم تتعرّف على المواد الغريبة للبكتيريـا والخلايا السرطانية. الأجسام المضادة تلصق نفسـها بهذه الأجسام الغريبة. CEA هو الجزيء الأفضل دراسة للهجوم الموجّه للأجسـام المضادة. نظرياً، إن أوجدت أجسام مضادة لــ CEA (الذي يوجد فـي 95% مـن سرطانات القولون)، فإن معالجة للسرطان يمكن أن توجد وتكـون أقـل سـمّية. مهما يكن، المعالجات الموجهة لــ CEA لها نتائج متناقضـة حتـى الآن. تقنيـات أحدث تستعمل الأجسام المضادة ضد المواد الكيميائية في الجسم الخاصـة بخلايـا السرطان.

إن معالجة سرطان القولون والمستقيم هي في تغيّـر دائـم. تقنيـات جديـدة للفحوص، تقنيات جراحية، وتقنيات مساعدة قد أدت إلى توقع عمري أفضل عنـد الأشخاص المصابين بسرطان القولون والمستقيم. إن كنت قد شخصـت بسـرطان متقدم، اسال أخصائي الأورام عن التجارب الجارية وإن كنت تحتاج إلـى إحالتـك إلى مركز كبير، متخصص بالسرطان.

القسم الخامس

التغييرات التي يفرضها السرطان

لماذا من المهم أن أعرف كيف أتعاطى بفعالية
مع تشخيصي بسرطان القولون والمستقيم؟

كيف أعرف أنني أتخذ أفضل قرارات المعالجة بالنسبة
لسرطان قولوني مستقيمي المشخص حديثاً؟

والمزيد...

اتخاذ قرارات مهمة

73. لماذا من المهم أن أعرف كيف أتعاطى بفعالية مع تشخيصي بسرطان القولون؟

"سرطان". "قولوني مستقيمي". "جراحة". "معالجة كيميائية". "أشعة". عندما تسمع هذه الكلمات، فإن عقلك يمتلئ فوراً بصور عدة، أفكار، ومشاعر – وكلها تؤثر في قدرتك على التعاطي مع تشخيص بسرطان القولون والمستقيم. بعد الاستعلام عن الوجوه الطبية للمرض من طبيبك ومن مصادر أخرى، مثل التي تمت الإشارة إليها في الأسئلة السابقة من هذا الكتاب، من الممكن أن تشعر بالذهول والاضطراب. مهما يكن، مع المعلومات والتوجيه، باستطاعتك تغيير الأفكار والمشاعر السلبية، ونحن نأمل، بأن تسير للأمام بثقة في قدرتك على التعاطي مع تشخيصك بسرطان القولون والمستقيم.

العيش مع سرطان يتضمن التعلم كيفية التعامل معه.

العيش مع سرطان يتضمن تعلّم كيفية التعاطي مع الأوجه العملية والعاطفية لتشخيصك، كما التعرّف على كيفية التعاطي مع سرطانك بالجراحة و/أو المعالجات الطبية الأخرى. مهما يكن، فإن التأثير العاطفي للسرطان يمكن أن يغفل من جانب الفريق الطبي، وتبعاً لذلك من قبل المرضى أنفسهم وعائلاتهم. تطوير مهارات التعاطي هي عملية تعليم مثيرة للتحدي – ولكن عندما تتعاطى بفعالية أكبر، بقلق أقل، وتركّز على تحسين نوعية حياتك، فإنك ستتدبر معالجتك الطبية بفعالية وتشعر بأنك أفضل أيضاً. الأمور التي من الممكن أن تواجهها عند بدء مواجهتك مع سرطان القولون والمستقيم تتضمن:

- التأقلم مع فريقك الطبي.
- التواصل مع فريقك الطبي، عائلتك، وأصدقائك.
- الانفعالات الطبيعية وردات الفعل.
- إيجاد طرق لتساعد على تقليل اليأس وتحسين نوعية الحياة.

- أمور العائلة ومؤسسات العناية.
- الأمور المنزلية.
- المسائل المالية، الضمان، والوظيفة.
- مراجع مجتمعية (Community resources).

إن لم تجد أن كل هذه المعلومات الواردة في هذا الفصل مساعدة لك الآن، فلعلك ستجدها كذلك بالمستقبل. بعد مناقشة الطرق المختلفة لإزالة يأسك مع طبيبك وأحبائك، أبقِ ذهنك منفتحاً حول الأشياء التي يمكن أن تساعدك كي تشعر أفضل وتعيش نوعية حياة أفضل؛ إنك تواجه شيئاً جديداً بالكامل، إذاً فمن الممكن أن تكون مضطراً للبقاء منفتحاً على أفكار جديدة ولتجربة أشياء جديدة لتساعدك.

74. كيف أعرف أنني أتخذ أفضل قرارات المعالجة بالنسبة لسرطان قولوني مستقيمي المشخص حديثاً؟

بعد التشخيص الأولي، سيتعيّن عليك اتخاذ قرارات طبية بينما تكون تحت ضغط كبير وأحياناً عدم التأكد حول ماهية "القرارات الصحيحة". إن معرفة كيفية تدبر الأمور الطبية الخاصة بك هو خطوة أساسية نحو اتخاذ قرارات فعّالة. فبينما تأخذ القرارات المهمة، فإن الضغط يكون عالياً ولاسيما وأنك تستوعب كميات كبيرة من المعلومات حول السرطان. إن كنت قد شخصت لتوك بالسرطان، فلربما تفكّر باستشارة أخرى من أخصائي بالسرطان في منطقتك، أو بشكل نموذجي من جرّاح سرطان قولون ومستقيم يجري عمليات سرطان بشكل روتيني. لا تخف من استشارة ثانية. طبيبك يجب أن لا يعترض على هذا القرار؛ وبالحقيقة فطبيبك يجب أن يدعمه. مهما يكن، جرّب أن تبتعد عن السعي للحصول على استشارات أخرى كثيرة جداً فإن هذا يمكنه تأخير المعالجة ويزيد من حيرتك فيما يتعلق بأفضل سبل المعالجة.

لا تخف من البحث عن رأي طبي آخر.

اختر لك الطبيب المناسب. عدة عوامل ستؤثر على قرارك، بما فيها خبرة طبيبك بمعالجة سرطان القولون والمستقيم ومهارته أو مهارتها التقنية، وموقع المستشفى، وتغطية ضمانك، وعوامل شخصية، مثل قدرة طبيبك على اكتساب ثقتك (أو آداب الرعاية). قم بمقابلات مع جرّاحين محتملين وأطباء آخرين؛ قيِّم خبرتهم ومقاييس أخرى تعتبرها مهمة.

حدِّد إلى أي مدى تريد أن تعرف عن سرطانك، مثل مرحلة الداء، التقدم، وهكذا. إن كنت من ذلك النوع من الأشخاص الذين يفضلون أن لا يلمّوا بالتفاصيل، عيِّن شخصاً، أو اثنين، من أفراد عائلتك ليحضر المواعيد معك كي يجمع المعلومات الضرورية ويعمل كـ "وسيط" لكي يستطيع الفريق الطبي أن يتواصل معه بصراحة.

ناقش مصادر المعلومات الخارجية مباشرة مع طبيبك، الذي هو شريك في علاجك. يمكن أن تتضمن مواضيع النقاش مع طبيبك أبحاثاً شخصية من الكتب أو الإنترنت. لا تعتمد فقط على كلام الغرف، الشهادات الشخصية، أو الألوف من المصادر المهتمة بالسرطان الموجودة لأن العديد منها لا يمكن الاعتماد عليها. وحتى مواقع "الوب" الموثوقة، الإحصائيات والمعلومات الطبية يمكن أن تكون محيّرة وصادمة. مرِّر كل المعلومات من خلال طبيبك لتحصل على القصة الحقيقية، لإيضاح القضايا، ولكي تحصل على الأجوبة لأسئلتك المتعلقة بمعالجتك.

من الممكن أن تُواجه بخيارات عدة متعلقة بمعالجتك، والفريق الطبي من الممكن أن يترك القرار النهائي بيدك. بعض الأشخاص يحبذون أن يأخذوا هذا القرار؛ إنهم يشعرون بأنهم معنيون بشدة بكيفية علاجهم. آخرون، مهما يكن، يكونون حائرين وقلقين حول اتخاذ مثل هذا القرار الطبي الهام. أولاً، وضّح السلبيات والإيجابيات مع الفريق الطبي، بما فيها العوامل التي تؤثر على نوعية حياتك. مثلاً، هل لنظام طبي معين تأثيرات جانبية تفوق تلك التي لغيره، حتى وإن كان لهما نفس الفعالية بمعالجة سرطانك؟ يمكنك أن تفكر بمناقشة الخيارات مع أناس قريبين منك. توضيح الأمور، الحصول على الدعم، والاشتراك بعبء اتخاذ القرار يمكنه رفع الضغط عنك. مهما يكن، تذكر أن الكلمة الأخيرة تعود لك، وأنك

الشخص الذي يتعيّن عليه أن يعيش مع أية قرارات تأخذها. من الممكن أن لا تعرف أبداً القرار "الصحيح" لتأخذه، كما هو شائع في قرارات كثيرة في هذه الحياة. لا تضع ضغطاً كبيراً على ذاتك. اتخذ قراراً مسؤولاً بمساعدة الفريق الطبي وتقدم للأمام.

نصيحة: استخدم الأسئلة الواردة في هذا الكتاب كدليل على نوعية الأسئلة كي توجهها لطبيبك.

75. ما بين مواعيدي الطبية، أفكّر في أسئلة هامة عديدة كي أوجّهها لطبيبي، ولكن عندما أدخل أخيراً إلى غرفة الفحص، أصبح خائفاً ومشوشاً. كيف بإمكاني أن أكون أكثر راحة وأعبّر عن نفسي بشكل أفضل للفريق الطبي؟

تعقيب باتي:

النصيحة الأفضل هي أن تكتب الأشياء بينما تفكر فيها. تعوّدت أن أناول طبيبي نسخة عن لائحة أسئلتي ثم نستعرض اللائحة سؤالاً بسؤال. ضغط دمي كان دائماً أعلى من الطبيعي خلال هذه المواعيد، أيضاً جرّبت أن أهدأ بأخذ نفس عميق.

إن التواصل بينك وبين فريقك الطبي هو مظهر أساسي لعلاجك ويمكنه أن يكون أكثر إفادة لك عندما تتعاطى مع قرارات المعالجة المهمة هذه. إن كنت تشعر بضعف، فهناك العديد من الأمور التي يمكن أن تفعلها لتجعل نفسك أكثر ارتياحاً:

- حدّد ما تفكر به وكيف تشعر حيال طبيبك. هل هو أو هي غير مشجّع، أو محبوب؟ هل أنت خائف من الذي سيجده أو ستجدها عن سرطانك؟ الأجوبة لمثل هذه الأسئلة يمكن أن تقود إلى الاتجاه الصحيح للتغلب على المشاعر السلبية التي يمكن أن تكون لديك. ناقش الأمور التي تشغلك مباشرة مع طبيبك؛ معضلات كثيرة يمكن حلها، والتي من الممكن أن تساعدك لتشعر بالراحة أكثر. إن كانت مشاعرك تتداخل مع قدرتك على الحصول على العناية الطبية المناسبة، فلعل من الصواب أن تفكر بإيجاد طبيب آخر لمعالجتك.

- أكتب أسئلتك قبل أن تأتي لموعدك، بترتيب الأهم أولاً ثم الأقل أهمية. من الممكن أن ترغب بتسجيل أية ملاحظات فيزيائية حسب التاريخ تكون قد لاحظتها عن نفسك منذ زيارتك الأخيرة، مثل التأثيرات الجانبية الممكنة لعلاجك أو أدويتك، بما فيها الألم، الإعياء، الغثيان، الأرق، و/أو أية تغيّرات جسمية. أيضاً أخبر طبيبك إن كنت تشعر بالحزن، باليأس، أو بالقلق.
- وثّق أجوبة طبيبك وتوجيهاته، أو استعمل آلة تسجيل كي تتذكّر النقاط الهامة بعد مغادرتك غرفة الفحص. تأكد من أخذ إذن طبيبك أولاً قبل استعمال أجهزة تسجيل.
- أطلب من أحد الذين ترتاح إليهم ليأتي معك كي يكون من يسمع معك ما يقوله الطبيب. هذا الشخص يمكن أن يفيد كداعم أو مستشار، خصوصاً إن كنت تشعر بأنك لست بخير، ويهتم إن كنت تريد أن تعبر عن نفسك، أو تشعر بأنك مغمور بالمعلومات.
- كن صادقاً مع الفريق حول الأعراض وحول مشاعرك. بعض الأشخاص يرغبون "بإخفاء" الأعراض الجانبية لعلاجهم لأسباب عدة. مثلاً، إنهم يظنون أن الطبيب سيخفض درجة المعالجة، مما يؤدي إلى إمكانية أقل لشفائهم من السرطان، أو أن سرطانهم ينمو إن كانوا يشعرون بشكل سيّء. ومع هذا فإن أشخاصاً آخرين يقلقون إن ظهروا "ضعافاً" للطبيب؟ يتوجب عليك أن تكون قادراً على الثقة بطبيبك لمعالجة سرطانك؛ يجب عليك أيضاً أن تثق بطبيبك عندما تعبّر له عن مشاعرك.

كن صادقاً مع فريقك حول أعراضك.

- أطلب إيضاحات إن لم تفهم ما يقوله الطبيب. أخصائيو الأورام الطبيون هم أخصائيون في معالجة السرطان، ولكنهم أحياناً يوصلون أفكارهم بطريقة مختلفة عن طريقتك. إن كنت لا تستوعب، لا تشعر بالخجل لتسأل، اسأل، واسأل مرة أخرى. الممرضون تلقوا تدريباً خاصاً ليزوّدوك بالأمور الطبية

ويواجهوا الأمور الروتينية. إن سؤال الممرض أو الممرضة العيادية لتوضيح المعلومات بطريقة بسيطة يمكن أن يكون مساعداً جداً.

- الاختلافات العرقية والثقافية يمكن أن توجد بينك وبين فريقك الطبي؛ هذه الاختلافات يمكنها أن تصعّب التواصل وتزيد أي فقدان ثقة من الممكن أن تشعر به. إن كان لديك أية أسئلة أو اهتمامات عن هذه الأمور، تكلم مع المندوب الاجتماعي بالمستشفى أو أي مسؤول عناية صحية يمكن أن تشعر بالارتياح معه.
- إن لم تكن الإنكليزية هي لغتك الأم، وكنت تعالج بالولايات المتحدة، فإن قلقك يمكن أن يكون أكبر بسبب الصعوبة بالتواصل. جرّب أن تصطحب قريباً لك أو صديقاً ليترجم لك. إضافة لذلك، فإن مستشفيات عدة لديها موظف أو مترجم متطوع؛ إن لم يكن لديهم، ابحث عن استعمال مترجم إلكتروني أو قاموس إلكتروني، خصوصاً في الحالات الطارئة. (الترجمة الهاتفية متوفرة أيضاً من بعض الشركات، مثل خدمات خط اللغة LanguageLine Services أنظر سؤال 100 من أجل معلومات عن الاتصالات).

فريق عنايتك الصحية مؤلف من اختصاصيين متنوعين وهم مدربون خصيصاً للتعامل مع الأمور الطبية والعاطفية التي تواجهك. تعرّف على هؤلاء الأشخاص وعلى الطرق التي باستطاعتهم إفادتك بها. أدناه لائحة بأعضاء فريق نموذجي وعما يستطيع فعله لك:

- **الأطباء والجراحون** (MDs). يمكن أن يضمّوا أخصائي أورام طبي (خبير في المعالجة الكيميائية، من بين معالجات أخرى للسرطان)، جرّاح، و/أو أخصائي أورام أشعة (خبير في المعالجة الإشعاعية). هناك العديد من الأطباء الإضافيين والأخصائيين الذين يمكن أن يهتموا بتشخيصك للسرطان و/أو معالجتك إن كنت غير معتاد على التعابير المختلفة المستعملة لوصف اختصاصاتهم، كن حرّاً لتسأل عن توضيحات.
- **الممرضون**. الممرضون المسجلون (RNs) عادة ما يحملون درجة كلية لدراسة مدتها أربع سنوات وتدريب بالمستشفى. إنهم جزء أساسي في معالجتك،

وسيقدمون المساعدة لك. الممرضون يوفّرون العناية بالمرضى في طوابق الاستشفاء وفي العيادات الخارجية، ومن الممكن أنهم متخصصون جداً في نوع العناية التي يقدّمونها. الممرض المتمرن (NP) هو عيادي ذو تمرين متقدم بدرجة "ماستر" الذي بإمكانه وصف أدوية وكتابة أوامر طبية، ويوفّر عناية طبية مباشرة ويخدم كمصدر جيد للأسئلة الروتينية؛ (CNS) ممرض أخصائي عيادي بإمكانه توفير عناية طبية، ولكنه يختص أيضاً بدور المثقف في اختصاص طبي. اعتماداً على حالتك وسياسات المستشفى، فإن أشخاصاً آخرين يمكن أن يهتموا بأوجه مختلفة للعناية المباشرة بالمريض، بمن فيهم (LPN) ممرضون ممارسون مجازون، وممرضون مساعدون، وتقنيو مرضى مجازون (PCT).

- **مساعدون طبيون (PA)** PAs هم اختصاصيون بإمكانهم تشخيص، معالجة، وكتابة وصفات وأوامر طبية، كل هذا تحت إشراف طبيب. عيادات عدة ومستشفيات تستخدم PAs وNPs لمساعدة الأطباء على معالجة سرطان.
- **العاملون الاجتماعيون (CSW, LCSW, LSW)**. في معظم الولايات، العاملون الاجتماعيون المجازون أو حملة الشهادات عادة ما يحملون درجة ماسترز واحدة على الأقل (MSW, MSSW). وهم موجودون لمساعدتك في التعاطي مع تشخيصك، الضغط الناتج عن المعالجة والإقامة في المستشفيات، وبإمكانهم إعطاء النصح لك ولعائلتك. بإمكانهم أيضاً مساعدتك على التعرّف على مراجع جماعتك ويمكن أن ينسقوا خروجك من المستشفى.
- **مديرو القضايا (منظمو الخروج من المستشفى)**. بعض المستشفيات لديها مديرو قضايا ممرضون وهم مسؤولون عن تنسيق خروجك من المستشفى، بينما في مستشفيات أخرى العاملون الاجتماعيون يقومون بهذه المهمة. ابحث عن من يقوم بهذه المهمة في مستشفاك حتى تستطيع الاتصال بذلك الشخص لتناقش معه العناية البيتية، التجهيزات، الإقامة (مثل بيت التمريض)، أو احتياجات أخرى للخروج من المستشفى.
- **أطباء مقيمون/زملاء**. إن كنت تتلقى علاجك في مستشفى تعليمي، من الممكن

أن يكون لديك مجموعة من "الأطباء المتمرنين". أعضاء هذا الفريق بإمكانهم عادة مساعدتك ودعمك. تذكّر مع هذا، أن الطبيب المشرف هو الشخص المسؤول عن علاجك، وإن كان لديك أية أسئلة أو تظن بأنك قد أعطيت معلومات مشوّشة، بإمكانك أن تطلب التكلم مباشرة مع الطبيب المشرف على علاجك.

أخصائي التفميم
عادة ممرض مع تدريب خاص بالعناية بالفوهة، بما فيها التعامل مع التغيرات الجسدية بعد الجراحة.

- **أخصائي تفميم الأمعاء أو ممرضة أخصائية بالتفميم.** هذا الشخص عادة ما يكون ممرضاً مع تدريب خاص في العناية بالفوهات، بما فيها التعاطي مع التغيرات الجسدية بعد الجراحة. نموذجياً، إن كنت تخطّط لعمل فوهة، فهذا الاختصاصي سيلتقي بك قبل وبعد إجراء الجراحة لمساعدتك بالمشاركة في العناية بالفوهة وللإجابة على أسئلتك.
- **خبير عيادي بقواعد الأكل/خبير تغذية عيادي.** إنهم موجودون لتزويدك بالمعلومات عن دور التغذية بالشفاء من السرطان. عادة ما يكونون قسماً من الفريق الاستشفائي، وأحياناً يكونون موجودين في العيادات الخارجية أيضاً. من الممكن أن ترغب بالاتصال بواحد من هؤلاء الاختصاصيين للإجابة عن أية أسئلة يمكن أن تكون لديك حول الأطعمة الواجب تناولها، طريقة تحضير الطعام، وأية أطعمة ينبغي تجنّبها خلال أو بعد معالجتك.

المستشفيات توظف أيضاً خبراء آخرين يمكن أن يكون لهم علاقة بعلاجك، مثل مستشاري/ممثلي المرضى، معالجين فيزيائيين، معالجي تنفس، معالجين مهنيين، علماء نفس، أطباء نفس، اختصاصيين فيزيائيين آخرين، رجال الدين في المستشفى، تقنيين، مرافقي مرضى. من الممكن أن ترغب بمعرفة الأشخاص المولجين بعلاجك؛ وبإقامة علاقات شخصية، من الممكن أن تشعر أنك أكثر راحة وتتمتّع بدعم الذين من حولك.

الضغوط الانفعالية

76. بعد أن تمّ تشخيصي بالسرطان، شعرت بمجموعة من ردود الفعل الانفعالية. هل هذا طبيعي أم أنني في طريقي للجنون إضافة لإصابتي بالسرطان؟

تعقيب باتي:

يضعك السرطان في دوامة طيران متوحشة لا شبيه لها. كيف لا يمكنك التأثر بالسرطان؟

ردة فعل كل شخص تجاه السرطان هي بالضبط هكذا – شخصية. الناس عندهم ردود فعل إيجابية وسلبية بنفس الوقت للمصيبة، بما فيها التشخيص بالسرطان. ردود الفعل هذه يمكن أن تتضمن الآتي:

- سؤال نفسك لماذا أصبت بالسرطان.
- الشعور أكثر بالعزلة والوحدة.
- الشعور بأنك ضعيف و/أو أنك أقل قدرة على السيطرة على مختلف أوجه حياتك.
- تقلّ قدرتك على التركيز.
- إلقاء اللوم على نفسك لتشخيصك.
- النظر إلى جسمك وإلى نفسك بشكل منفصل.
- المرور بتجربة تغيرات في علاقاتك مع أفراد عائلتك وأصدقائك.
- إعادة تعريف أولويات الحياة.
- إعادة تقييم المعتقدات الروحية.

الانفعالات المشتركة التي شعر بها الأشخاص الذين شخّصوا بالسرطان تتضمن الخوف من المستقبل، من الألم، من الفقدان، من الموت، الغضب، إما مستفيض (عام) أو موجّه إلى حالات معينة أو أناس معينين؛ الذنب، لاعتقادهم بأنهم يحملون المسؤولية عن إدخال عائلاتهم في تشخيصهم، و"فرضهم" على

الآخرين العناية والدعم؛ والحب والامتنان تجاه الأشخاص القريبين منهم. عادة ما يقرب التشخيص بالسرطان الناس إلى من يحبون. عادة ما يروي المرضى أنهم يشعرون أكثر بالارتباط وبأنهم يحبون عائلاتهم حتى أكثر من قبل تشخيصهم كنتيجة لإعادة تقييم أولويات الحياة. بالنسبة لأشخاص عديدين، الأولويات تتغيّر بعد التشخيص، سامحة لهم بالتركيز على قضاء الوقت مع الآخرين المهمين لهم وعلى حبهم لبعضهم البعض.

أحياناً التقلبات بالمزاج يمكن أن تسفر عن "هبّات"، مثل المشاحنات مع الأحباء، الانفعال المبالغ فيه للإزعاجات اليومية (مثل السير، طفلك يوقع شيئاً)، وأحياناً أخرى مجرد الصراخ، الشعور بالغضب الشديد، أو البكاء المفاجئ "بدون سبب". أناس عديدون لا يملكون البصيرة الكاملة لرؤية كيف أن مستويات الإجهاد اليومي، أو الكآبة، تساهم في مثل هذه التصرفات. فكر بالإجهاد على أنه تراكمي – لديه طريقة للتجميع. وهذا البنيان من الكآبة يمكنه أن يجعل الناس ينفعلون بشكل أقوى لحالة ما مما لو كانوا في ظروف أخرى. أحياناً، الظروف لا تبدو أنها مزعجة بشكل خاص في الظاهر، لكنها تأتي برد فعل انفعالي قوي. جاك، رجل أعمال، بعمر 57، التقى أولاً بالعامل الاجتماعي في مستشفاه لتلقي المساعدة وذلك لتقليل إجهاده "المخبأ". قال:

> اعتقدت بأنني أتعاطى مع سرطاني جيداً – لم أدعه يغلبني ولم أبكِ حتى. مررت بالكثير مع هذا. كان لديّ بعض التعقيدات بعد الجراحة، ثم وجدت أنني أحتاج إلى علاج كيميائي. بعد أن عدت إلى عملي وبدأت بتلقي العلاج الكيميائي مرة بالأسبوع، بدأت أشعر بما يمكن وصفه "بالحدة"؛ حتى إنني كنت أفقد النوم. مهما يكن، اعتقدت بأنني ما زلت بخير. كان هذا إلى حين وجدت نفسي منزعجاً حقاً لأشياء صغيرة. عرفت بأنني لست "على ما يرام" عندما صرخت على حفيدتي لسكبها العصير على الأرض. لم تكن هذه شخصيتي بالمرة. أظن بأن مشاعري كانت تتراكم، وانفجرت، ولكن بطريقة ليست جيدة.

تكلم جاك لاحقاً عن ما شعر به حقاً تجاه تشخيصه وخلال جراحته وعلاجه الكيميائي. لقد شعر بالغضب لإصابته بالسرطان، كان مغموراً بالتعقيدات، بالمعالجة، وبالمسؤوليات الأخرى، وشعر بالذنب لوضعه عائلته في هذه

المعضلات الطبية. لقد اعتقد بأنه هو المسؤول عن الآخرين وأنه يجب أن لا يكون عالة على أحد. لقد جرّب أن يحتفظ بصورة المتحمل للآخرين حتى يمكنه الاحتفاظ بصورته الذاتية كرجل قوي. مهما يكن، لقد هزم أخيراً و"الزناد" كان حادث السكب العارض لحفيدته. إن وجدت نفسك تعبر عن انفعالاتك بطرق مشابهة، لعلك ستجد أن استشارة تقليل الإجهاد هي مفيدة، كما الأشكال الأخرى من الاستشارات. احتاج جاك إلى مقابلة عامله الاجتماعي مرات قليلة فقط لاكتساب البصيرة للدور الذي يلعبه الإجهاد والمشاعر في الحياة. تعلم تقنيات المعاطاة، التي ساعدته على التحكم بصورة أفضل بردات فعله على هذه المشاعر. وتعلم أيضاً أن يركّز على حبه لعائلته، وأن يستعمل طرق تعاطي إيجابية (أنظر الأسئلة 77 و81) لتساعده على التركيز على النواحي الجيدة في الحياة والتي تساعد على طرد التجارب السيئة.

77. سمعت أن "التفكير الإيجابي" يساعد في الشفاء من السرطان. هل هذا صحيح؟

التعامل الإيجابي

تعبير يستعمله المؤلفون ليشير إلى الطرق المتكاملة التي يتبعها الشخص لإدارة الكآبة، بما فيها التركيز على الموقف الإيجابي والتعرف على ومواجهة الردود السلبية للإصابة بالسرطان.

أحياناً لا أشعر بإيجابية كبيرة، وباقي عائلتي تنزعج عندما أعبّر عن أفكار سلبية، مثل تخمين إذا ما كانت الجراحة والمعالجة حقاً ستنجحان، أو أحياناً عندما أفكر ما إذا كان المرور بكل هذه التجارب ذا قيمة. الآن، ليس فقط أشعر بالذنب لتفكيري بهذه الأفكار السلبية لأنني أؤذي فرصي للبقاء، ولكن أيضاً أشعر بأنني قد تخليت عن عائلتي بهذا.

جين، بعمر 46، مدرّسة ثانوية
مشخصة بسرطان القولون

واحد من أكثر الأسئلة شيوعاً من المرضى وعائلاتهم هو حول دور "التفكير الإيجابي". أحياناً، يعتقد الناس أن التفكير بإيجابية كل الوقت هو شيء ضروري. ثم بعد ذلك يشعرون بالذنب عندما لا يقدرون أن يقوموا بهذا العمل المستحيل، لأنهم يعتقدون أنهم بذلك يؤثرون سلبياً في سرطانهم أو فرصهم بالبقاء بموقفهم السلبي هذا

كل مدة. أظهر البحث أن الإجهاد و/أو ردات الفعل الانفعالية يمكن أن تقود لتغيرات معينة في مستوى هرمونات الأشخاص، وهذا يمكن أن يؤثر في أنواع معينة من الوظائف المناعية، ويمكن أن يؤثر في معضلات طبية أخرى، مثل مرض القلب. مهما يكن، لم يظهر البحث علاقة سبب ونتيجة مقنعة بين التفكير الإيجابي، الخصائص الشخصية، و/أو أنماط التعاطي من جهة وبين تطورات السرطان، التشخيص، توقعات تطور المرض (توقع كيفية مسار مرضك) من جهة ثانية. العلاقة بين الأحداث العقلية والأحداث الفيزيائية لم يفهم بوضوح؛ التفكير سلبياً أو إيجابياً لم يبرهن بعد أنه يؤثر مباشرة في نمو سرطان القولون والمستقيم أو شفاء السرطان. وما يشبه ذلك على نحو غير مرغوب فيه أنك تصاب بالسرطان لمجرد امتلاكك لصفات شخصية معينة، كونك مجهداً، أو كونك تحت تأثير الإعياء.

ما نعرفه هو أن المزاج وعوامل انفعالية أخرى يمكن أن تؤدّي إلى تصرفات تحسن الصحة؛ هذه التصرفات بإمكانها، بدورها، تحسين توقع العمر بصورة غير مباشرة. مثلاً، إن كان أحد ما يشعر بداخله بالتشاؤم وباليأس، فإن بإمكانه تأجيل فحوصات طبية مهمة، مثل التنظير القولوني، أو المعالجة لأنه يعتقد خطأً بأن النتائج السلبية هي حتمية. إذاً، تأجيل العناية الطبية يمكن أن يؤثر في إمكانية أن يعالج السرطان بنجاح.

حتى وإن كان التفكير الإيجابي يمكنه أن لا يؤثر مباشرة في سرطانك، فإن بعض الناس يجدون أن الاحتفاظ بنظرة متفائلة، وإيجابية يجعلهم يشعرون أفضل. التفكير الإيجابي يمكنه المساعدة على تقليص الكآبة، وهذا بدوره يجعل الشخص يتعاطى مع المعالجة والتأثيرات الجانبية بصورة أفضل. تستطيع أن تساعد نفسك في أوقاتك الصعبة بالنظر إلى الحياة على أنها تستأهل عيشها، باحثاً عن التمتع، الاختلاط بالآخرين، ورؤية نفسك كمحارب باستطاعته النجاة. تذكّر، مهما يكن، بأن محاولة التفكير إيجابياً طوال الوقت ببساطة هي شيء غير ممكن وبإمكانها التسبّب بإجهاد غير ضروري.

التعاطي الإيجابي، وليس فقط التفكير الإيجابي. التعبير بمزيج صحي من الأفكار الإيجابية والسلبية والانفعالات هو شيء طبيعي. وازن انفعالاتك بواسطة

التركيز على الإيجابيات، ولكن بدون تجاهل الأفكار غير المفرحة؛ فكّر بهذا على أنه "تعاطٍ إيجابي" وليس فقط "تفكيراً إيجابياً". وكلما أصبحت مرتاحاً أكثر مع هذه العملية، فإن معاناتك يمكن أن تبدأ بالشعور بالارتياح أكثر مع تعبيرك عن هذا المزيج من ردات الفعل الإيجابية وتلك التي تحمل تحديات أيضاً.

إضافة لذلك، فإن كبت الأفكار السلبية والانفعالات عادة لا ينجح لأن الناس تميل إلى التفكير أكثر بالأشياء التي يحاولون نسيانها. بكلمات أخرى، كلما قاومت انفعالاً أو فكرة، فإنها تصبح أقوى. إن وجدت نفسك تفكّر بأشياء غير مفرحة، قبل كل شيء لا تلم نفسك لأنك فكرت بها. ثم، خذ لحظة لتركّز عليها كي تساعد نفسك على التعرّف عما يزعجها حقيقة. هل بإمكانك تخيّل صورة ما، مثل عملية طبية مزعجة؟ أحداث متكررة أو همّ معين؟ أحياناً الكلام عن الأفكار غير السارة هو طريقة جيدة للوصول إلى لبّ المشكلة، وهذا بإمكانه مساعدتك على حل هذه المشكلة. إن وجدت نفسك تفكر تكراراً و/أو تتكلم عن همّ معين، فلعلك تريد أن تتصرّف لتساعد نفسك، إما بحل المشكلة (إن كان هذا ممكناً) أو أن تطلب مساعدة مختصة من أخصائي بالصحة العقلية ليساعدك على التعاطي بصورة أفضل مع المشكلة.

لا تحاول تغيير شخصيتك بصورة جوهرية إن كنت تعتبر نفسك شخصاً متشائماً، لأن هذا يصبح مستحيلاً. إن كنت غير متأكد عما إذا كنت تفكر بطريقة صحيحة أو تحتاج إلى المساعدة مع التعاطي الإيجابي، أو كنت تفضّل نصيحة عن كيفية التواصل مع أفراد عائلتك بصورة أفضل، تكلّم مع عاملك الاجتماعي، مستشارك الرعوي، أو أي أخصائي صحة عقلية للإرشاد.

78. أشعر أن حياتي أصبحت دون توجيه بعد تشخيصي بسرطان القولون والمستقيم. كيف يمكنني استعادة السيطرة على حياتي؟

تعقيب كايت:

شعرت أنني أفقد السيطرة كلياً بعد تشخيصي الأولي بسرطان القولون. كنت في المستشفى، متألمة وخائفة. زوجي وأولادي كانوا يحاولون تدبر أمورهم بدوني. تركت عملاً غير منتهٍ في مكتبي. لم يكن لديّ فكرة عما يحدث أو ماذا يخبئ المستقبل.

شيئاً فشيئاً، بدأت أستعيد السيطرة على الأشياء التي باستطاعتي التحكم بها. الخروج من السرير والمشي بعد الجراحة ساعداني لأفعل شيئاً من أجل شفائي.

فقدان التحكم هو شعور مشترك لمرضى السرطان. معظم مظاهر الحياة ستتوقف، على الأقل مؤقتاً. من الممكن أن تشعر أن جسدك قد انقلب ضدك وأن وظائف الجسم التي كانت في يوم ما تعمل بصورة أوتوماتيكية سيصبح تحكمك فيها أقل. الأشخاص الذين يعانون من سرطان القولون والمستقيم يمكن أن يواجهوا صعوبة حينما تتغير حركات أمعائهم، أو شهيتهم أو يتغير وزنهم، الألم لا يمكن السيطرة عليه، و/أو الجراحة والمعالجات الأخرى تغير أجسادهم. الحضور للمواعيد الطبية، التعامل مع شركات التأمين وأمور أخرى كثيرة تقاطع روتينك المعتاد، والتأثيرات الجانبية للمعالجة (مثل الغثيان، الإعياء، تغيرات الوزن) يمكنها أن تغير قدرتك على الاختلاط أو على فعل الأشياء التي اعتدت عليها.

هذه العراقيل المرتبطة بتشخيص السرطان تترك بعض الأشخاص وهم يشعرون بالإحباط والاستنفاد. حاول أن تتذكّر أن العديد من هذه التأثيرات هي مؤقتة وستخبو. كنْ على علم بأن الاهتمام حول التحكم في بعض الحقول يقود أحياناً الشخص إلى الاعتقاد أن كل الأشياء أصبحت خارج سيطرته أو سيطرتها. هذا ببساطة ليس صحيحاً. ساعد نفسك بالتركيز على الذي تستطيع السيطرة عليه، بما فيه الانشغال بنشاطات مفرحة (إما قديمة أو جديدة)، طالباً المساعدة حين تحتاج إليها، والتعرّف على الطرق التي تساعد بها نفسك (أنظر أسئلة 81 و82)، بما فيها العناية بالفوهة، التمرين، ونظام التغذية، إن كان ذلك مناسباً. تذكّر أن معرفة الكثير عن دائك، ومعالجته والتأثيرات الجانبية للمعالجة، والاستغراق أكثر كلها خطوات مهمة نحو تطبيع حياتك واستعادة زمام السيطرة عليها.

تعقيب كايت:

تعلم التحكم بالذي أستطيع التحكم به وترك الباقي كان الدرس الأهم الذي تعلمته من السرطان. لديّ تحكم قليل بموضوع رجوع سرطاني، بالرغم من أنني أراقب صحتي جيداً وبذلك أعرف مبكراً إن عاد. لا أملك تقريباً أي تحكم بشأن الوقت الذي أموت فيه، بالرغم من أنني أستطيع اتخاذ قرارات حول الوقت الصحيح لوقف المعالجة الفعلية. لا أملك

تحكماً على ردات فعل ومخاوف الناس الآخرين. أستطيع فعل الكثير لتحسين حياتي، مهما يكن، وملؤها بالتوازن والجمال، المرح والضحك. أستطيع أيضاً إيجاد أشياء ذات معنى كي أمارسها، بالرغم من أن المرض يمنعني الآن من العمل بدوام كامل. الاتصال بأشخاص آخرين مصابين بالسرطان، عبر جمعيات الدعم ومجموعات المحادثة الهاتفية المباشرة، كان مساعدة كبيرة لإعطاء حياتي المعنى والهدف.

نصيحة: إنك تتحكم فعلاً بطريقة تعاطيك مع السرطان. عندما تشعر أنك لا تمسك بزمام الأمور، حينها تولّى زمام المبادرة بطلب المساعدة.

79. من هو المعرض لمخاطر أكبر كي يمرّ بالصعوبات في التعاطي مع السرطان؟

بعض الناس يمرّون خلال كامل تشخيصهم ومعالجتهم وهم قادرون على الاحتفاظ بنظرة إيجابية عموماً، وينظّمون علاجهم الطبي بنفس الوقت الذي يوازنون فيه حياتهم اليومية، ويتعاطون جيداً مع تشخيصهم والتأثيرات الجانبية لعلاجهم. أي شخص، مهما يكن، يمكن أن يتعرّض لصعوبات في طريقة تعاطيه مع المرض. الظروف التالية أو المواصفات يمكن أن تزيد كآبة الناس:

- التجارب السلبية السابقة مع المعالجات الطبية أو المستشفيات.
- الخسائر الجديدة أو المعلقة (من ضمنها الوفيات، الطلاق، فقدان الوظيفة).
- خسارة أحد أفراد العائلة (أو صديق) بسبب السرطان أو سجل شخصي لتشخيص سرطان سابق.
- سجل شخصي أو عائلي مع الحزن، القلق، أو تشخيصات نفسية أخرى.
- سجل مع تعاطي المخدرات أو الكحول.
- تشخيص سرطان أولي بمرحلة متقدمة.
- عدم التمتّع بالمعنويات، المعتقدات الدينية، عدم امتلاك فلسفة للحياة.
- نوعية حياة تتميّز بالإجهاد قبل التشخيص.
- هموم مالية.

- نظرة متشائمة عموماً للحياة، أو الشعور بالعجز عند مواجهة تحديات الحياة.
- جرح قديم أو جديد (حرب، أذى جسدي أو جنسي).
- مسؤولية تجاه أطفال صغار أو بالغين يعيلهم.
- مسن أو معوق ويعيش وحيداً؛ عدم التمتّع بالدعم الاجتماعي؛ وجوده بعزلة.

إن كنت تلبي واحدة أو أكثر من هذه الحالات وتظن أنها ستزيد كآبتك في الوقت الذي تتعامل فيه مع سرطانك، فكّر بأن تكون سباقاً بطلب النصيحة من أخصائي عناية عقلية أو بالانضمام إلى مجموعة دعم. بطلبك المساعدة في البداية، لعله بإمكانك منع كآبتك من الاستفحال وذلك بتعلم كيفية تنظيم مشاعرك؛ هذا سيساعدك على حل بعض المعضلات التي تتداخل مع تعامل ناجح. معلومات إضافية حول أنواع الدعم والاستشارة مشروحة في سؤال 82.

80. كيف أعرف إن كانت كآبتي قد وصلت إلى المستوى الذي أحتاج فيه إلى المساعدة المتخصصة؟

تأرجح المزاج الدوري والكآبة هي طبيعية بعد تشخيص بالسرطان وخلال معالجاتك. مهما يكن، فبالنسبة لبعض الناس فإن ردات الفعل الطبيعية هذه قد تصبح خطرة لحد كافٍ قد تصل بالشخص لأن يتعرّض لأعراض من الحزن العيادي، وفوضى من القلق مثل الخوف المرضي أو نوبات الذعر، أو مشاكل نفسية أخرى قابلة للمعالجة. بالحقيقة، بعض الباحثين يخمنون أن ما بين 25% إلى 50% تقريباً من مرضى السرطان يتعرّضون لكآبة عيادية قوية. إذا شعرت "بالضعف" لأكثر من عدة أسابيع متتالية، أو إن كان المزاج غير المستقر يتداخل مع قدرتك على ممارسة حياتك اليومية، عندها اتصل بطبيبك أو عاملك الاجتماعي لمناقشة طرق ممكنة للمساعدة. إن كان لديك سجل لتعاطي أو إساءة استعمال المخدرات أو الكحول، و/أو تشخيص نفسي، أو كنت تعاني من نوبات من الشعور بالكآبة والقلق التي لم يتم تشخيصها رسمياً، فإنك بصورة خاصة قد تكون عرضة للحزن، القلق، أو إساءة استعمال المخدرات خلال الإجهاد الناتج عن هذا المرض.

راجع اللائحة الموجودة لأعراض فوضى الحزن والقلق (جدول 9). هذه اللائحة ليست كاملة، ولا يقصد بها التشخيص الذاتي؛ القصد منها هو تعريفك على الأعراض المحتملة لفوضى الحزن والقلق (التي من الممكن حصولها بالتتابع).

جدول 9 أعراض الحزن والقلق

- اضطرابات بالنوم
- تغير بالشهية، تأرجح بالوزن
- الاستمتاع القليل بالنشاطات التي كنت تحبها
- أفكار زائدة عن الموت، اليأس، و/أو أفكار عن خطط للانتحار
- الشعور بالإعياء أو التمتع القليل من الطاقة
- حالة من البطء الفيزيائي أو العكس، الشعور بالعصبية أو القلق
- مزاج محبط أو حزن، ذرف دموع
- الشعور بالوحدة وعزل النفس عن الآخرين
- عدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرارات
- الشعور بانعدام القيمة أو الذنب
- قلق واضطراب زائدان غير قابلين للتحكم
- الخوف أو "خوف مرضي" من حالات معينة أو حوادث (إبر، سحب دم)
- المزيد من التهيج والعصبية
- الانشغال بتصرفات غير إرادية (مثل السعي وراء الاطمئنان بتكرار نفس الأسئلة)
- الشعور بتوتر العضلات
- إعادة التجريب عقلياً وعاطفياً لحوادث مكدرة سابقة

هناك العديد من التشخيصات النفسية الأخرى التي لديها أعراض مختلفة. أحياناً من الصعب التفريق بين التأثيرات الجانبية الفيزيائية لعلاجات معينة والأعراض المرتبطة بالسرطان نفسه وبين أعراض الكآبة. إذاً لو عانيت الأعراض الواردة في اللائحة، أو إن كانت لديك أعراض أخرى غير واردة، أخبر طبيبك و/أو أخصائي الصحة العقلية من أجل تشخيصك بدقة ومعالجتك لتبدأ بالشعور بالتحسّن. سيرد وصف لمجموعة مختلفة لأخصائيي الصحة العقلية في سؤال 82.

81. هل هناك تقنيات مفيدة لتساعدني على تحمّل ضغط تشخيصي، الجراحة القادمة، وربما المعالجة الكيميائية والمعالجة الإشعاعية؟

تعقيب باتي:

لقد وجدت القوة من خلال ممارستي الدينية – التأمل والصلاة. استمعت إلى الموسيقى، عادة ما كنت أضع سماعات الأذن بينما كنت أنتظر معالجتي. عند مغادرتي المستشفى، كنت أمشي خارجاً كل يوم. وجدت ممراً متميزاً بمحاذاة قناة قديمة، مليئة بالزهور. المشي خفف قلقي وأمدّني بالطاقة.

حدد تقنيات المعاطاة السابقة. إبدأ بالتطلع إلى الماضي حول كيفية معاطاتك مع الظروف الصعبة في السابق. يميل الناس إلى استعمال نفس طرق التعامل مع ظروف صعبة، لكن مختلفة. اسأل نفسك إن كانت طرق تعاملك مثمرة وفعّالة. طالما أنك لم تستعمل أنواعاً سلبية للتعامل، مثل تعاطي المخدرات والكحول، الإفراط في الأكل أو الإقلال منه، أو تصرف عنفي، من الممكن أن تجد أن طرق تعاملك السابقة يمكن أن تكون أكثر فعالية الآن. تذكّر أنك الأكثر خبرة فيما يجب التعاطي معه بصورة أفضل، وبالإضافة إلى طرقك السابقة في التعامل، يمكن أن تجرّب تقنيات "التعاطي الإيجابي" التالية:

الدعم الاجتماعي. طريقة تعامل مهمة للعديد من الناس هي الاستفادة من الدعم الاجتماعي للأصدقاء، العائلة، الزملاء، أو آخرين في "عالمك المباشر". إن كان ذلك ممكناً، حدّد شخصاً أو شخصين من الذين يمكنك تقاسم المشاعر والمخاوف معهم. أحياناً، التعبير عن الأفكار، المشاعر، والاهتمامات تكون واحدة من أفضل الطرق لإزاحة الأمور عن صدرك، حل المشاكل، والحصول على المساعدة من الآخرين.

عش الحياة. حدّد بعض الأشخاص على أنهم "شركاء أنشطة المرح" ونعني بهذا الناس الذين يمكن أن تعاشرهم بدون التكلم عن سرطانك بالضرورة. اذهب إلى السينما، اذهب إلى العشاء خارجاً، أو مارس الغولف مع هؤلاء الأشخاص. حدّد وسائل دعم وتسلية في حياتك، مثل حضور الاحتفالات الدينية، الذهاب إلى

العمل، تمضية وقت مع العائلة والأصدقاء، الانخراط في هواية جديدة أو صف تعليمي. بإمكانك أيضاً أن تعمل أشياء صغيرة لنفسك، مثل شرائك شيئاً مسلياً وفورياً – مجلة شائعات، سي دي (قرص مدمج) CD لمغنٍ جديد تماماً، أو جهازاً إلكترونياً جديداً. إن كان مظهرك يعني الكثير لك، بإمكانك شراء شعر مستعار (إن كنت تتوقّع سقوط الشعر نتيجة العلاج) أو أدوات التجميل الأخرى لتجعلك تشعر بشكل أفضل. اسأل نفسك ماذا تحب في حياتك وبماذا تستمتع أكثر. بعد تحديدك هذه الأشياء، افعلها. الآن عش الحياة! إنك تحارب لحياتك، إذاً خذ كل الوقت للاستمتاع بالأشياء التي تناضل من أجلها.

عش ضمن الحدود. من الممكن أن تشعر بالإحباط بسبب الحدود الجديدة التي يفرضها جسدك عليك بينما "تعيش حياتك"، مثل الإعياء والأعراض الأخرى خلال علاجاتك أو بعد الجراحة. نظّم نفسك، وأجرِ التعديلات حسب مشاعرك. إن هذا يتطلب تعديلات ذهنية للمدى الذي يستطيع جسدك تحمّله وبين قدرته على التحمل قبل بدء معالجة السرطان. مثلاً، من الممكن أن تستمتع بالسينما لكن لا تتمتّع بالقوة الكافية للذهاب لمبنى السينما. استأجر فيلماً وابقَ بالبيت بدلاً من ذلك. من الممكن أن يكون عندك طاقة كافية لمشاهدة قسم فقط من الفيلم في بعض الليالي. إن هذا جيد تماماً. إن جسمك يحتاج للراحة كي يتعافى، والاندفاع لما وراء حدودك يمكن أن يكون له نتيجة عكسية، ويجعلك أكثر إجهاداً وإعياءً.

ركّز على الروحي. عادة، يحتاج الناس إلى المساعدة للإجابة على الأسئلة الناشئة حول روحيتهم ومعتقداتهم – أحياناً يشككون بمعتقدات كانوا يؤمنون بها لوقت طويل. العديد من الأشخاص يتساءلون لماذا شخصّوا بالسرطان، ويتساءلون عمّا إذا كان الله يعاقبهم، أو ربما يقوم بامتحانهم. هذه الأفكار هي شائعة، ولكن باستطاعتها أن تحدث قلقاً زائداً إن تركت دون معالجة. إن إيمانك والقوة التي تحصل عليها من روحيتك يمكن أن يكونا جزءاً حاسماً في تعاملك مع تشخيصك. إن كنت تنتمي لمجموعة دينية، أو إن كنت تحضر احتفالات دينية، فبإمكانك أن تجد دعماً إضافياً من الآخرين في مجتمعك الديني. العديد من المصابين بالسرطان قد وجدوا الراحة لأنفسهم بصلواتهم الذاتية وبمعرفة أن الآخرين يصلون من أجلهم

كي يتعافوا. بإمكانك أن تختار الاجتماع برجل الدين في المستشفى أو أن تستعمل نظام الدعم الروحي الخاص بك لاستكشاف هدف حياتك وتشخيصك، ولكي تبدأ تفهم تجاربك الحالية على ضوء معتقداتك الذاتية. حتى وإن لم تكن متديناً أو روحياً، فقد تكون لديك اهتمامات فلسفية قد ترغب بمناقشتها مع رجل الدين في المستشفى أو أحدٍ ما يكون موضع ثقتك.

إبقَ نشطاً. تحت إشراف طبيبك، التمرين والنشاطات الخفيفة يمكنهما المساعدة لمكافحة الإعياء، والمحافظة على قوة العضلات التي تضعف بفعل الجراحة والمعالجات الأخرى، تخفيف القلق، التخفيف من الشعور بالحزن، والمساعدة على المحافظة على صورة جسدية إيجابية. بعض المستشفيات تحتفظ بصفوف تمارين، بما فيها اليوغا، تمارين جلوس سويدية، وتدريبات شخصية، وكلها تحت إشراف خبراء مدربين خصيصاً. إن كنت تبحث عن برامج تمارين محلية، إما من خلال مستشفاك، نادٍ محلي، معالج فيزيائي، أو مجموعة اجتماعية، تأكد أن أحداً ذا خبرة مع المرضى يقود البرامج. إن كلفة هذه الخدمات والبرامج تختلف. مهما يكن، فالجمعيات الاجتماعية مثل مراكز المسنين، "نادي غيلدا"، الجمعية الأمريكية للسرطان أحياناً تتبنّى نشاطات تمارين بدون مقابل. إنه أمر جوهري أن تنضم لأي روتين تمارين بسلامة لكي تتجنّب الإصابات وتستفيد من التمارين. بإمكانك أيضاً زيادة النشاطات في حياتك اليومية، مثل المشي أكثر أو أن تستعمل الدرج في المستشفى بدل المصعد، حتى وإن كان لديك طاقة كافية لصعود طابق واحد فقط. أحد المرضى، الذي كان يعاني من الإجهاد نتيجة علاجه الكيميائي والإشعاعي شعر أن المشي عبر الصالة عدة مرات يومياً قد جعل جسده يستمر بالعمل وساعده على الاحتفاظ بنشاطه الذهني. البقاء نشطاً يحمل معه التسلية أيضاً، مثل الذهاب إلى مركز تجاري كبير للتسوق، تمرين المشي للكلب، أو اللعب مع الأولاد. اجعل الأمر مسلياً!

تعقيب باتي:

جرّب أن تعيش حياة طبيعية ما أمكنك ذلك، تناول الطعام كلما استطعت، تمرّن، واقصد

العائلة والأصدقاء. والأهم من ذلك، جِدْ لك هواية تستمتع بها. أنا أجد أنني عندما أهتم بالحديقة أو أعمل على مشاريع يدوية وفنية، فإن ذلك يبعد ذهني عن متاعبي.

الإنكار ينجح بالطريقين. العديد من الأشخاص يستعمل كلمة الإنكار، وبالأخص عندما يشيرون إليها كطريقة سلبية للتعامل. مهما يكن، بإمكان الإنكار، بالحقيقة، أن يكون تقنية تعامل مفيدة، خادماً كآلية دفاعية لتحميك من الانفعالات مؤقتاً. الإنكار يمكنه مساعدتك لتجنّب الأفكار أو الانفعالات التي تكون أكبر من قدرتك على تحمّلها في وقت واحد. مثلاً، جاك (المذكور في سؤال 76) استعمل الإنكار؛ فلقد حماه من الانفعالات الغامرة في وقت تشخيصه الأولي عندما كان يأخذ قرارات علاجية مهمة، وفي وقت بدت حقيقة تشخيصه بسرطان القولون والمستقيم غير حقيقية بالنسبة له. مهما يكن، فاستعماله الإنكار لم ينجح جيداً على المدى الطويل، عندما أرخت الحقيقة سدولها وتعرض لانفعالاته المخبأة. حالة جاك تمثّل نقطة مهمة: الإنكار يمكن أن يكون مفيداً، ولكنه عندما يضحي بقدرتك على التعامل، اتباع النصيحة الطبية، أو عندما يكون متطرفاً (إلى الحد الذي تتكر فيه حتى إصابتك بالسرطان، على سبيل المثال)، عندها يمكن أن يقود إلى إجهاد أكبر – بالأخص أن الأشخاص الذين ينكرون المشكلة هم أقل احتمالاً لحلها أو أن يطلبوا المساعدة التي يحتاجون إليها.

حضّر نفسك. المرضى عادة ما يصفون الوقت قبل إجراء جراحتهم أو تلقّيهم العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي على أنه وقت شديد الإجهاد. من الممكن أن يخافوا أن السرطان ما زال ينمو داخل أجسامهم. بعض المرضى من الممكن أن يطلبوا علاجاً حاسماً قبل الأوان كنتيجة لهذا الإجهاد. أكثر من ذلك، المرضى عادة ما يسيئون فهم العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، وسوء الفهم هذا يمكنه التسبب بخوف شديد ورعب عند بعض المرضى. مثلاً، بعض الأشخاص يفترضون أنهم سيمرضون بشدة (بما في ذلك الغثيان، الإسهال، وهكذا)، وسوف يتألمون، و/أو سيفقدون شعرهم. حقيقةً، سوف تتعرّض لواحد أو أكثر من هذه الأعراض، ولكن علاجات سرطان جديدة، وأدوية التي تسيطر على التأثيرات الجانبية، تسمح للمرضى لتحمل العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي بصورة أفضل. العديد من

الأشخاص يعانون تأثيرات قليلة أو لا يعانون أبداً، والآخرون يعانون أكثر ولكنهم يستمرون بالتمتع بأسلوب حياة مع تغيرات قليلة لنشاطاتهم اليومية. تكلّم مع مريض سابق كان علاجه شبيهاً لعلاجك؛ هو/هي يمكن أن يعطيك نصائح مفيدة حول تنظيم علاجك. إن كنت تخطّط للخضوع إلى العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي، من الممكن أن تفكر بالذهاب إلى أماكن العلاج قبل البدء بعلاجك كي تعود نفسك على البيئة. أحياناً يكون من المساعد أن ترى أماكن العلاج حقيقة، وهذا يجعلها تظهر أقل رهبة وهذا يسهل عليك تخيّل ماذا سيحصل بالمستقبل – جاعلاً هذا يبدو أقل "غموضاً". والأهم، تكلّم مع طبيبك أو الممرض للحصول على معلومات صحيحة عن الذي يجب توقعه من نوع العلاج، بما فيه تأثيرات جانبية محتملة وكيفية منعها أو معالجتها.

تعقيب باتي:

التنويم أو المعالجة بالتنويم المغناطيسي

نوع من المعالجة، بإدارة خبير مدرب، يساعد الناس على التركيز على موضوع معين أو شعور معين بنية معالجة مشكلة معينة، مثل الألم أو الإجهاد. يستطيع الناس أيضاً أن يتعلموا كيف ينومون أنفسهم مغنطيسياً.

استعلم عن التأثيرات الجانبية المحتملة لعلاجك، كي تكون مستعداً لتتحرك بسرعة. لقد استغرقت وقتاً قبل أن أجد النظام المناسب لمنع غثياني، لكن هناك العديد منها ليجرب. لقد قُرِّر أخيراً أن آخذ مضادات وقائية للقلق الناتج عن العلاج الكيميائي، وهكذا أضيف "اتيفان" (دواء لتقليل أعراض القلق) وساعد في كلا القلق والغثيان. النصيحة الأهم هي في تبريد فمك حوالى 15 دقيقة قبل، خلال، وبعد 5-FU (نوع من العلاج الكيميائي)؛ هذا يمنع العلاج الكيميائي من التغلغل لأغشية الفم الحساسة والتسبّب بقروح في الفم.

الاسترخاء التدريجي

طريقة لتقليل الإجهاد التي يركّز الشخص فيها على التنفس واسترخاء أعضاء الجسم كل بمفرده للوصول تدريجياً إلى وضع أكثر استرخاء وأقل إجهاداً.

استرخ. تقنيات الاسترخاء يمكنها تقليص الكآبة خلال بعض المعالجات (مثل الكيميائي أو الإشعاعي). الاسترخاء ساعد أيضاً الناس لتقليل الألم. ابدأ ببساطة باستعمال تقنيات استرخاء يتمّ تعلّمها ذاتياً، مثل تقنيات التنفس العميق البسيطة، والتي بإمكانها أن تكون فعّالة جداً. أحضر أشرطة أو أقراص مدمجة CDs معك إلى مكان معالجتك أو مكان استشفائك (التي يمكنك استعمالها

المعالجة المكملة

معالجة جديدة يقصد بها أن تستعمل بالإضافة إلى خيار المعالجة الأساسية المعتمدة.

للتغطية على شخير المريض المجاور!). إن كنت تريد المزيد من الإرشادات باستعمال تقنيات متقدمة أكثر، مثل التنويم المغناطيسي أو الاسترخاء المتدرج، بإمكانك سؤال طبيبك، ممرضك، أو العامل الاجتماعي كي يحيلك إلى مهني مجاز باليوغا، التدليك، التدريب على الاسترخاء، التنويم المغناطيسي، علم المنعكسات، وطرق أخرى من المعالجات المكملة. بعض المستشفيات والمراكز الخاصة تقدم خدمات مستفيضة تعمل بالاشتراك مع المعالجة الطبية. بغض النظر عن ماذا تختار، ناقشه أولاً مع فريقك الطبي لمنع المضاعفات. مثلاً، بعض أنواع المعالجة اللمسية، مثل التدليك، يمكن أن لا ينصح به من قبل الأطباء إذا كان الشخص لديه أو لديها نقائل في العظام أو في حالات أخرى.

كن في اللحظة؛ حل المشكلة. ركّز على يوم واحد كل مرة، لحظة واحدة كل مرّة، ومتصدياً لحل مشكلة واحدة في كل مرة. جرِّب أن تتحرك متخطياً الماضي، "ماذا لو" و"لماذا". بدلاً من ذلك ركّز على الحاضر وعلى كيفية التعاطي مع المشاكل الحالية، هنا والآن. بكلمات أخرى، كن في اللحظة. إن كنت تشعر أنك سعيد وهادئ، اسمح لنفسك لتجلس وتستمتع بهذا الشعور. كلما شعرت بالكآبة، حدِّد ما الذي تمرّ به فيزيائياً وعاطفياً. هذا سيساعدك على البدء بالتركيز على تحديد المشكلة وسوف يساعد على حلها. إن كنت "ممتلئاً"، تراجع للحظة وحدِّد بماذا كنت تفكر قبل أن تغمر بالهموم. ثانياً، حدِّد مشاعرك. مثلاً، هل تشعر بالأسف أو الإحباط لأنك لم تستطع أن تفعل ما تريد أو تظن أنك تحتاج إليه؟ ثم، حل المشكلة بوضع أولويات مسؤولياتك حسب أهميتها وحسب عوامل أخرى، مثل مستوى طاقتك والحدود الأخرى. وبتقسيم الالتزامات الزائدة، ستأخذ زمام المبادرة، ستكون أقل انغماساً، وتقلص مشاعرك السلبية.

حافظ على الأمل. بغض النظر عن الذي يظهر في طريقك، حاول أن تحافظ على الأمل. الأمل بالذي تشعر أنه حيوي في حياتك. العديد من الناس تأمل في عمل شيء خاص خططوا له مع العائلة والأصدقاء. آخرون يجدون الأمل في عوالم الروح

والدين. حدِّد الأمر الذي تصبو إليه، بالرغم من أن هذا يمكنه أن يتغيّر مع الوقت. أبقِ هذا الشيء في ذهنك لأنه سوف يساعدك أن تتذكّر الأشياء التي تعيش من أجلها.

اضحك. بالرغم من خطورة تشخيصهم بالسرطان، العديد من المرضى يجدون أن المرح هو شيء حاسم في تعاملهم. لا تنسَ أن تضحك. والأهم، لا تنسَ كيف تضحك. المرح والضحك بإمكانهما تبديد الحالات المتوترة وبإمكانهما أن يخففا الإجهاد. جد المرح والضحك في أماكن مختلفة: حدِّد إنساناً ظريفاً بشكل خاص في حياتك واقضِ الكثير من الوقت معه أو معها، شاهد فيلماً كوميدياً، أو حتى اذهب إلى عرض كوميدي حي. إن وجدت أن هناك صعوبة في القيام بهذه الأشياء، استمر بالمحاولة، وتذكّر أن تركز على اللحظة طالما بإمكانك أن تفعل ذلك. سيساعدك هذا على التمتّع بالنكات والضحك، خفّف عنك، وابعد عقلك عن الأشياء الأكثر جدية لبعض الوقت.

لا تنسَ كيف تضحك.

---

82. لقد استخدمت تقنيات التعاطي المقترحة، ولكني ما زلت أشعر بالضعف معظم الأوقات، وأنني أقلق حول سرطاني باستمرار بالرغم من حقيقة كوني قد شخصت منذ شهرين تقريباً. ماذا عليّ أن أفعل؟ هل الاستشارة تفيد؟

بالرغم من استخدام مهارات تعامل من أجل التأقلم، فالعديد من الناس يشعرون أن الاستشارة الإضافية هي مساعدة. المكان الجيد للبدء بإيجاد المساعدة هو فريقك الطبي (مثل، طبيبك، الممرض، العامل الاجتماعي، أو رجل الدين). أحياناً يشعر الناس بالتحسن بعد محادثة قصيرة حول مشاعرهم، بالأخص لأن الشعور بالكآبة والقلق هو شعور مشترك بين الأشخاص الذين يعانون من السرطان. من الممكن أن تشعر بالارتياح إذا علمت أن الآخرين قد مروا بمشاعر مشابهة.

مهما يكن، إن كنت ما زلت تشعر أنك بحاجة إلى المساعدة بعد مناقشة أولى أو تظن أنك مصاب بالكآبة أو القلق (أنظر سؤال 80). لعلك تريد أن تستكشف طرقاً إضافية لطلب المساعدة. عدة أمكنة توفّر الدعم والاستشارة. لعلك ترغب أن تلتقي بعاملك الاجتماعي في المستشفى أو أن تتصل بفرعك المحلي للجمعية الأمريكية للسرطان لترشدك إلى الاتجاه الصحيح.

الاستشارة: العديد من الأشخاص يجدون أن الاستشارة (أو المعالجة) تساعدهم على التعامل مع الجوانب العاطفية للإصابة بالسرطان. الاختصاصيون يتدرّبون لمساعدة الناس ليشعروا أفضل، من الجهتين النفسية والعاطفية. أدناه لائحة بأخصائيي الصحة العقلية الأكثر شيوعاً.

العاملون الاجتماعيون العياديون المجازون Licensed Clinical Social Workers (معروفون بـ "CSW" أو "LCSW"): عياديون مدربون، عادة يحملون ما ليس أقل من درجة ماسترز (MSW, MSSW) وتدريبات إضافية أو خبرة في مجال تخصصهم. العاملون الاجتماعيون العياديون يعملون في مختلف الأماكن، بما فيها المستشفيات، مراكز الاستشارة أو الصحة العقلية، والعمل الخاص. وحسب خبرتهم، فإنهم قادرون على تشخيص وعلاج المشاكل النفسية بواسطة الاستشارة. إنهم مدربون أيضاً في الاستشارات الأكثر عمومية ليساعدوك خلال دورات أوقاتك الصعبة، مع أو بدون تشخيص نفسي دقيق.

علماء النفس: يحملون درجة PhD أو PsyD. علماء النفس يمكنهم تشخيص ومعالجة المشاكل النفسية وعادة ما يكونون مدربين في نظريات معالجة محددة (مثل قوانين الظواهر النفسية، القوانين المعرفية/السلوكية). لا علماء النفس ولا العاملين الاجتماعيين يستطيعون وصف أدوية، ولكن باستطاعتهم إحالتك إلى دكتور طبي (مثل طبيبك الأولي، طبيب الأورام، أو طبيبك النفسي)، الذي باستطاعته تقييم حاجتك للأدوية لمعالجة الكآبة، القلق، ومشاكل الصحة العقلية الأخرى.

الأطباء النفسانيون: الأطباء (MDs) الذين يتخصصون في تشخيص ومعالجة

الاضطرابات النفسية بوصف الأدوية و/أو تقديم المعالجة. إنهم خبراء في الأوجـه الفيزيولوجية للمشاكل النفسانية، مثل الكآبة والقلق.

أخصائيو صحة عقلية آخرون: ممرضون نفسـانيون، استشـاريون بدرجـة ماسترز، استشاريون رعويون، خبراء في الطب البديل/المكمل بإمكانهم تقديم أنواع خاصة من الاستشارات وتقنيات تقليل القلق. كما مع كل خبير تأكد من البحث عـن المؤهلات والخبرة.

أسئلة يمكنك توجيهها إلى أخصائي الصحة العقلية:

1. ما هو تدريبك وهل أنت مجاز في هذه الحالة؟
2. هل لديك خبرة في مساعدة الأشخاص المصابين بالسرطان؟ (أو أفراد عائلات المصابين بالسرطان؟).
3. هل تتقاضى أجراً؟ وهل تقبل بوليصة التأمين؟
4. كم من المرات أستطيع رؤيتك وأين؟ (مثل مكتب خاص، في المستشفى).
5. ماذا أفعل في حالة طوارئ ما بعد الدوام؟ بمن أستطيع أن أتصل؟

المجموعات: الأشخاص المصابون بالسرطان وأفراد عائلاتهم عادة ما يجدون أن التكلم مع الأشخاص الآخرين المصابين بالسرطان، يساعدهم على معرفة أنهـم ليسوا وحيدين. عادة ما يتعلمون طرقاً جديدة للتحمل وهم يرتاحون لقدرتهم علـى مناقشة همومهم بصراحة مع أحد ما وقد مرّ بنفس التجارب ويتفهمها. هناك أنواع عدة من مجموعات الدعم. بعض وكالات مثل العناية بالسرطان Cancer Care Inc، لديها مجموعات تقليدية كما مجموعات مستحدثة موصولة مـع الإنترنـت وعلـى الهاتف. هذه المجموعات هي مفيدة بشكل خاص للأشخاص الذين لا يرتاحون عند لقائهم أشخاصاً جدداً، وللذين ببساطة لا يشعرون أنهم بخير بالشكل الكافي للسـفر بعيداً عن بيوتهم، وللذين يعيشون بعيداً جداً عن مكان لقاء المجموعات.

الأخصائيون يساعدون بعض المجموعات، في حين أن الناجين من السرطان أو أفراد عائلات المرضى (للمجموعات المخصصة للعائلة) يقـودون مجموعـات أخرى. مجموعات التشخيص مخصصة لمعالجة مشكلة نفسانية معينة، مثل كآبـة

العيادات، وعادة ما تكون تحت إشراف أخصائي صحة عقلية. مجموعات الدعم تركّز على مشاركة التجارب، تقديم دعم عاطفي للأشخاص كما مساعدتهم على تقليص الإحباط والتخفيف من العزلة. المجموعات التثقيفية، من الجهة الأخرى، تُستخدم لتقديم المعلومات لمجموعة كبيرة من الناس، مثل وسائل تحمل مختلفة، التدريب على الاسترخاء، العناية بالفوهة، وإدارة الأمور الطبية. هذا النوع من الجمعيات يركّز أقل على مشاركة الناس لعواطفها ويمكن أن يكون جيداً بالنسبة للذين لا يريدون الالتحاق بمجموعة دعم تقليدية ولكن مع هذا يفيدون من تواصلهم مع الغير. مجموعات الدعم والمجموعات المتخصصة بالتثقيف يمكن أن يرأسها مجموعة من الأخصائيين والمتطوعين. للمساعدة على إيجاد مجموعات الدعم، تكلم مع فريقك الطبي أو عاملك الاجتماعي أو استشر لائحتنا في نهاية الكتاب. الجمعية الأمريكية للسرطان يمكنها أن تكون مساعدة بصورة خاصة في توجيهك إلى المجموعات المحلية.

أسئلة يمكن سؤالها عند البحث عن مجموعة:

1. هل يرأس هذه المجموعة أخصائي؟ أو أن متطوعاً يديرها؟
2. هل عليّ أن ألتزم بعدد معين من الجلسات؟
3. متى تبدأ المجموعة عملها؟ وما هي مدة كل جلسة؟
4. أين تجتمع المجموعة، وهل أستطيع أن أتزوّد بتعليمات للاحتماع؟
5. هل هناك من كلفة للالتحاق بهذه المجموعة؟ إن كان الأمر كذلك، هل يقبل تأميني؟
6. ما هي الموضوعات التي تناقش؟ وهل هذه المجموعة مخصصة لأشخاص ذوي مشاكل محدّدة (الكآبة، القلق)؟
7. هل تركّز هذه المجموعة على تشخيص سرطان محدد؟

المرضى المتطوعون: برامج المريض للمريض (أو برامج الرفقة) موجودة أيضاً لتساعدك على التعاطي مع سرطانك. أكثر ما تركّز عليه هذه البرامج هو تنظيم مرضى سابقين متطوعين (عادة أولئك الذين أنهوا المعالجة منذ سنوات عدة)

وهم يتواصلون مع الأشخاص المشخصين بالسرطان. المتطوعون بإمكانهم تقديم مجموعة من خدمات الدعم، تتراوح بين النصيحة الأساسية إلى مشاكل أكثر تعقيداً، مثل التعاطي مع تشخيص جديد. بإمكان المتطوعين اقتراح استراتيجيات لإنجاز الجراحة، المعالجة الكيميائية و/أو المعالجة الإشعاعية، أو التعامل مع خيبات الأمل كون المرضى جزءاً من النظام الطبي وهَلُمَّ جرّاً. والأهم، مرضى سرطان القولون والمستقيم السابقون يقدمون الأمل للأشخاص الذين يكافحون السرطان حالياً. بالأخص إذا كنت غير معني بمجموعة دعم، يمكن أن تجد أن التكلم مع متطوع شخصي سيكون مساعداً.

1. المتطوعون المتمركزون في المستشفيات: بعض المستشفيات وبعض الأطباء لديهم طرقاً رسمية وغير رسمية لجمعك مع مرضى سابقين من أجل الحصول على الدعم. اسأل طبيبك، ممرضك، أو عاملك الاجتماعي من أجل الحصول على المجموعات.
2. المنظمات الوطنية: إن لم تجد برنامجاً للمرضى المتطوعين في مستشفاك، اتصل بـ Cancer Care أو اتحاد سرطان القولون.

83. هل يجب عليّ أن أفكّر في استعمال الدواء كي يساعدني على كآبتي وقلقي؟

الأدوية مفيدة لبعض المرضى الذين يعانون من الكآبة، القلق، وأنواع عالية أخرى من الحزن. الكآبة والقلق ينتجان عن التغيرات الفيزيائية في الدماغ ويمكن التخفيف منهما بواسطة وصف أدوية مثل مضادات الاكتئاب ومضادات القلق. أحياناً يتردد الناس بأخذ مثل هذه الأدوية لأنهم يخشون أن يعني ذلك أنهم غير متوازنين، أو أن الحبوب ستغير شخصياتهم، وأنهم قد يصبحون مدمنين، أو أن طبيبهم سيعاملهم بشكل مختلف (أو يعتقدون أنهم ضعفاء). بعض الأشخاص يعتقدون أيضاً، خطأً، أن هذه الأدوية ستجعل أورامهم تنمو بسرعة أكبر. تذكّر دائماً أن الأدوية تخفّف المشكلة الموصوفة لأجلها، بهدف جعلك أكثر راحة وتمسك بزمام الأمور. إن العمل بوصفة لتقليل كآبتك لا تعني أنك على طريق الجنون.

بعض الناس يترددون بتجربة هذه الأدوية بسبب الوصمة التي يعتقدون أنها ستلصق بهم. عديد من هؤلاء الأشخاص والذين يأخذون الدواء فيما بعد يتساءلون لماذا انتظروا طويلاً. إنهم يشعرون بشكل أفضل وهم بذلك يتعاملون مع مرضهم بشكل أفضل ويستمتعون بالحياة. عادة هذه الأدوية تكون أشد فعالية عندما تؤخذ بالتزامن مع الاستشارة و/أو مجموعة الدعم.

بالرغم من أن المعالجة الدوائية يمكنها المساعدة، فهذه الأدوية ليست للجميع. إنها ليست حبوباً سحرية بإمكانها محو كل مشكلاتك؛ المشاكل التي تزعجك سوف تستمر، لكن الأدوية يمكنها أن تجعلها أسهل تحمّلاً. إنك بحاجة لتأخذ القرار المناسب لك. بالإضافة لذلك، فهذه الأدوية تستغرق مدة أسابيع لتأخذ مفعولها وأحياناً يكون لها تأثيرات جانبية؛ يجب عليك مناقشة السلبيات والإيجابيات لكل دواء تأخذه مع طبيبك. أحياناً على الأفراد أن يجربوا عدة ماركات أو أنواع من الدواء لإيجاد الدواء الذي يعطي أفضل نتيجة. أي طبيب، مثل طبيبك الأولي، أو طبيب الأورام، بإمكانه وصف مثل هذه الأدوية؛ مهما يكن، فمن الأفضل أن تفكر بتجربة تقييم أولي و/أو متابعة دائمة مع طبيب نفساني.

84. منذ بداية شكي بإصابتي بالسرطان، أصبحت عندي أفكار متكررة وأحلام حول الموت، بما فيها كيف سيكون موتي الخاص. أحياناً، أفكر بأشياء مرعبة، بينما في أوقات أخرى تكون أكثر هدوءاً. هل هذا طبيعي؟ هل التفكير بالموت هو حظ سيئ، أو أنه يعني أنني سوف أموت بسبب هذا السرطان؟

عندما يواجه أحدهم بالأخبار بأنه أو أنها مصاب بالسرطان، فالأفكار المتكررة عن الموت تكون شائعة. الموت هو شيء، على الأقل في الولايات المتحدة وعدة ثقافات غربية أخرى، عادة ما يحاول الناس نسيانه؛ هم ببساطة ينكرون أنه موجود. التشخيص بالسرطان يقطع هذا الإنكار والخوف من الفناء يصبح غامراً. بعض الناس يكونون محضرين لهذه المعرفة؛ لكن آخرون لا. للذين هم غير محضرين، فإن هذا قد يكون أول مرة في حياتهم التي يتأكدون فيها أنهم

فانون. الأفكار عن الموت يمكنها أن تتضمن الآتي:

1. التفكير بموتك الخاص القادم وكيف سيكون.
2. تذكّر التجارب السابقة عن الموت والفقدان.
3. الانتباه أكثر إلى الموت في الأخبار أو في الكتب.
4. التحدث عنه أكثر للعائلة، للأصدقاء، أو للرؤساء الروحيين.
5. الخشية من الألم وبعض الجوانب الطبية حول عملية الموت.

وكمفارقة، فإن فهم معتقداتك حول الموت يمكن أن يكون عاملاً مساعداً لك في تعاملك. ومن أجل أن تفهم نفسك بشكل أفضل، ركّز انتباهك حين تفكر بالموت، بماذا تفكر، وكيف تشعر تجاه هذه الأفكار. إن كنت تريد مناقشة هذه الأمور، جِدْ شخصاً بإمكانك التحدث معه بصراحة حول الموت وحالته. إن كان الناس القريبون منك (عائلتك، أصدقاؤك) يسيئون فهم النقاش حول الموت ويأخذون ذلك على أنه "استسلام" أو أنهم يجدون ذلك عبئاً ثقيلاً، جِدْ شخصاً أكثر موضوعية، مثل رئيس ديني، طبيبك أو ممرضك، أو مستشارٍ. إضافة لذلك، إن وعياً أكبر لمخاوفك ورغباتك يمكنه أن يكون مساعداً عندما تتكلم مع الذين تحبهم حول رغباتك فيما يتعلق بالعناية عند نهاية الحياة (أنظر أسئلة 98-99). التفكير بالموت لا يجعله يأتي أسرع، ولا الحظ السيئ.

مهما يكن، إن وجدت نفسك تفكر بالموت وحالة الموت لفترات طويلة (معظم اليوم، لعدة أيام متتالية)، أو إن كنت تفكر باتخاذ خطوات لإنهاء حياتك، اتصل بطبيبك أو أخصائي الصحة العقلية فوراً. الكآبة ومعضلات رئيسية أخرى بإمكانها أن تجعل الأفكار حول الموت غامرة. إضافة لذلك، فالأشخاص الذين يعانون أعراضاً فيزيائية مختلفة أو تأثيرات جانبية يمكنهم إساءة فهم هذه التجارب، ويعتقدون أنهم فعلاً على طريق الموت (في حين، أنهم بالحقيقة ليسوا كذلك). الألم وعوامل أخرى مغيرة لنوعية الحياة هي مقدمات شائعة للأفكار التي تجعل صاحبها يرغب أن يموت. مهما يكن، فحينما تحلّ هذه المعضلات الصحية، فإن الأفكار أو الرغبة بالموت عادة ما تزول هي الأخرى. إذاً إن كنت تشعر بالراحة، تكلم عن أفكارك ومشاعرك حول الموت مع

عائلتك ورفيقك الطبي. إن تقاسم مشاعرك يمكنه أن يكون مفيداً لك، وأيضاً سيساعد عائلتك وفريقك كي يفهموك أكثر ويساعدوك في وقت الكآبة.

العائلة والأصدقاء

85. مَن يجدر بي إخباره حول تشخيصي بالسرطان، ماذا أقول لهم، وكيف سيتجاوبون؟

يعض الناس لا يخبرون أحداً بشيء (أحياناً ولا أزواجهم) حول تشخيصهم بالسرطان، بينما آخرون يخبرون العالم كل شيء (مجازياً، عن طريق كتابة كتب حول تجاربهم). إن الإفصاح هو قرار شخصي. عدم إخبار أحد يمكن أن يؤدي إلى الافتقار إلى الدعم والوحدة. إن كانت لديك شكوك حول الإفصاح، فربما أفضل طريقة لتقرير ما هو الصواب بالنسبة لك هو البدء بالتحدث إلى الناس بشكل انتقائي، بمن فيهم أفراد عائلتك المقربون والأصحاب الذين بإمكانهم أن يكونوا مساعدين لك خلال التشخيص الأولي، وجمع المعلومات، والمناقشات مع الفريق الطبي. هؤلاء الناس بإمكانهم أن يقدموا أكبر مساعدة لك في هذه المرحلة. كلما عرفت أكثر عن سرطانك، وتوقعات تطور مرضك، وخطة المعالجة، فلعلك عندها تصبح مهيئاً لإخبار أشخاص أكثر وتعرف ماذا تقول لهم.

الأشياء التي تخبرها للآخرين ستعتمد على ما إذا كنت مرتاحاً عند مناقشتك المسائل الطبية. بعض الناس يشعرون بأنهم موصومون حول إصابتهم بالسرطان. المناقشات حول سرطان القولون، المستقيم، الشرج، والحركات المعوية ليست مواضيع مثالية حول المائدة. الخطوة الأولى لتجاوز الوصمة هي أن تقبل أنت تشخيصك. وبعد أن تشعر براحة أكثر بالحديث عن تشخيصك مع الآخرين عادة ما يشعرون هم براحة أكثر بمناقشة هذه المواضيع أيضاً.

باستطاعتك أن تكون أكثر راحة بطرق متعددة. أولاً، اعرف سرطانك، مثل أين موقعه في الجسم وما هي وظائف ذلك القسم من الجسم. ثانياً، تعوّد على الكلام عن تشخيصك مع الأصدقاء وأفراد العائلة المقربين، والموثوقين. لاحظ كيف يتجاوبون وما هي الأسئلة التي لديهم. عادة، معرفة الذي يفكر فيه الأشخاص

الآخرون أو ما عساهم أن يسألوك، يساعدك لتحضير نفسك لما عساك أن تقوله للآخرين. ثالثاً، إن شعرت براحة واخترت أن تخبر الآخرين، ابدأ بالكلام حول تشخيصك بصراحة كبيرة. إن كان ذلك يناسب شخصيتك، فالمرح عادة هو كاسر الجليد وبإمكانه أن يجعلك أنت والآخرين تشعرون بارتياح أكبر.

تذكّر، الناس لديها أفكارها الخاصة حول السرطان، بما فيها سرطان القولون والمستقيم. ردة فعل الناس قد تفاجئك. بالنسبة للبعض، التكلم عن السرطان يجلب الخوف، وسوء الفهم، وربما يرغبون تجنّب الموضوع. بعض الناس يظنون خطأً أن السرطان معدٍ أو أن السرطان هو دائماً نهائي. بعض الناس المصابين بالسرطان يشعرون بأنهم منبوذون نتيجة ردة فعل الآخرين غير المقصودة، وأحياناً من أصدقاء مقربين يتوقفون عن الاتصال بهم أو لا يريدون أن يجتمعوا بهم. ومن الجهة الأخرى، أصدقاء آخرون، أو حتى معارف بعيدون، يمكن أن يقدموا دعمهم؛ وصداقات قديمة قد تنمو وأخرى جديدة تنشط.

بعض الناس يمكنهم أن يهتموا أكثر بتشخيصك، معالجتك، وحتى توقعات سير مرضك. لا تشعر بالضغط لتفصح أكثر من اللازم. من الممكن أن يكونوا يريدون مشاركتك بتجاربهم حول السرطان أو معلومات يعتقدونها قد تساعدك. من الممكن أن تجد النصيحة والمشاركة كأشياء مساعدة لك، خاصة في البداية. مهما يكن، فإن هذه المعلومات قد تكون مشوّشة أحياناً، خصوصاً عندما لا تمتّ هذه المعلومات بصلة إلى حالتك، أو عندما تكون مزعجة. إن بدأت تشعر بأنك مغمور، فببساطة أخبر الناس أنك تشكر اهتمامهم، ولكنك تشعر براحة أكثر لو أنك ناقشت همومك الصحية مع طبيبك فقط. من الممكن أن تسمع، أو تعرف عن، أناس آخرين قد شخّصوا بالسرطان، وربما بسرطان القولون والمستقيم، وهم لا يتجاوبون جيداً مع علاجهم. تذكّر، مهما يكن، أن كل شخص يختلف عن الآخر، وكل سرطان مختلف، وتجاوب كل شخص مع العلاج هو فريد.

معظم الناس سيكونون داعمين وحسّاسين لحاجاتك وسيقدمون دعمهم. تحضر كي تقبل عروضهم، ولا تتردّد من طلب أية خدمة معينة، مثل إيصال أولادك لأماكن نشاطاتهم، تحضير الطعام، المساعدة في الغسيل والتنظيف، أو حتى

المشاركة بشيء مسل. الأشخاص الذين تشركهم بتشخيصك عادة ما يشعرون بالراحة عندما تطلب منهم خدمة معينة لأنها ترفع الضغط عن كاهلهم بالتساؤل عن طريقة مساعدتك. إنهم يريدون أن يشعروا بأنهم ذو منفعة وأنهم معنيون بك. وأبعد من ذلك، فبقبولك مساعدتهم ستشعر أنك أقل إجهاداً لأن طاقتك ستكون أقل تعرّضاً للتبعثر.

سرطانك سيؤثّر في كامل عائلتك والذين من حولك. هؤلاء الناس القريبون منك ربما يعبرون عن مزيج من ردات فعلهم السلبية والإيجابية، والبعض منهما سيكون متطابقاً مع أفكارك ومشاعرك. مثلاً، إن من الطبيعي لأحبائك أن يشعروا بالغضب لإصابتك بالسرطان، ويعتقدون أن هذا غير منصف، أو يشعرون باليأس لأنهم لا يستطيعون حمايتك من هذا السرطان أو من تأثيراته. مهما يكن، بينما تجد الدعم منهم، فربما يجدون أن تواصلاً مفتوحاً أكثر معك هو شيء مساعد أيضاً.

86. زوجي/شريكي شُخِّص حديثاً بسرطان القولون والمستقيم، وأشعر بأنني مقهورة. كيف يمكنني أن "أكون قوية" وداعمة لمن أحب بينما أستمر بتعاملي الشخصي مع هذا التشخيص؟

بعد أن شُخِّصت زوجته بالسرطان، قال أحد الأزواج، "أشعر أنني بسيارة بطريق خطرة، متجمّدة. زوجتي تقود وهي في سيطرة كلية على القرارات الحاسمة التي ستؤثر في كلينا، وأنا خائف مما يمكن أن يحدث" ما أن يشعر المرضى بفقدان السيطرة عند تشخيصهم بمرض صحي، فإن المعالجين عادة ما يشعرون بفقدان السيطرة. كشريك فأنت مراقب لما يحدث، ولكنك أيضاً متأثر بشكل كبير بردات فعل شريكك وقراراته.

مانحو العناية عادة ما يشعرون هم أيضاً بفقدان التحكم.

بينما تتعامل مع ردات فعلك لتشخيص من تحب، فإنه من المتوقع منك ممارسة وظائف أخرى التي من الممكن أن تكون جديدة عليك. إن دورك كمساعد يمكن أن يبرز بين كونك شريكاً وبين دورك كممرض، أو رب منزل، أو طاهٍ، أو

عالم نفس، أو سائق، أو مساعد إداري، أو أمور أخرى. أحياناً فإنك لا تعـرف أي دور تلعبه في أي وقت معين. كشريك، ربما تشارك بعـبء كبيـر بمسـؤوليات المعالجة. عاطفياً، الشركاء يصرحون أحياناً بشعورهم باليأس ويشـعرون بـأنهم يفعلون ما فيه الكفاية. من الممكن أن تمر بمشاعر مشابهة للمريض، مثل الكآبـة، الحزن، القلق، والخوف. حياتك ستصبح مضطربة، لذا تفهّم أن هذه التعديلات تمثل تغيرات مهمة، وأعطِ نفسكَ وقتاً لتسيطر عليها.

تفهم أن هذه التعديلات تمثل تغيرات هامة،
وأعطِ لنفسك الوقت لتسيطر عليها.

هذه التغيرات يمكن أن تسبب مصادمات بينك وبين شريكك خصوصاً إذا لـم تكن محضراً لتتكلم عن المواضيع عند بروزها، أو إذا كنت تعاني من مشاكل فـي علاقتك قبل تشخيص السرطان. بالنسبة للعديد من الأزواج، فالاتصالات تحتاج إلى الدقة، حتى قبل التشخيص بالسرطان. إن كنت تحتاج إلى بعض الإرشادات حـول كيفية بدء اتصالات أكثر صراحة حول تشخيص شريكك، ابدأ بسؤال شريكك حول شعوره أو شعورها (سواء فيزيائياً أم عاطفياً)، وكيف يمكنك أن تساعد. على سبيل المثال، يمكنك أن تسأل:

- كيف تأخذ الأمر؟
- أخبرني، كيف يبدو لك هذا الأمر حقيقة؟
- لقد لاحظت أنك هادئ جداً بالمدة الأخيرة؛ هل تسمح أن تخبرني بماذا تفكر؟
- سأحاول أن أبقى بجانبك ما استطعت، هل تعطيني بعض المؤشرات عن طرق مساعدتي لك؟

من الممكن أنك تريد أن تعبر عن أفكارك ومشاعرك لشريكك. يميل الأزواج لحماية بعضهم من مشاعرهم، وجوهرياً، يقيمـون جـداراً عاطفيـاً. إن أخـذت المبادرة، فإن شريكك يمكن أن يشعر أنه من المناسب أن يشركك بها أيضاً. مهمـا يكن، تذكّر بأنك غير ملزم بأن تشارك بكل شيء، بكل الأوقات، خصوصاً إن لـم

تكن مرتاحاً بالحديث عن مشاعرك. جِدْ ما تراه مناسباً لك - لا تجبر نفسك، أو شريكك، على الكلام.

بالإضافة إلى إيصال المشاعر والاحتياجات، فلعلك بحاجة لأن تعمل التالي لمساعدة شريكك، معتمداً في ذلك على كيف يشعر أو تشعر:

- جرِّب أن لا تدع موضوع السرطان يسيطر على كل الحديث - تكلّم عن أشياء أخرى.
- عِشْ حياتك مع شريكك. تشاركوا في النشاطات المبهجة.
- اشترِ هدية مميزة كرمز لمشاعرك.
- خذ دور "العلاقات العامة" بإعلام الآخرين عن أحوال شريكك.
- المس شريكك. اللمس هو جزء مهم من الألفة والاطمئنان، خصوصاً عندما لا تكفي الكلمات. اللمس أيضاً مهدئ.
- اترك حرية المشاعر له أو لها؛ إن كان شريكك يشعر بالضعف، اسأله أو اسألها لماذا يشعر هكذا، بدلاً من محاولة "إصلاح" المشكلة فوراً أو الضغط على شريكك ليصبح أكثر إيجابية.
- ذكّر شريكك بلطف بالنواحي الإيجابية في الحياة، مثل الأشخاص الذين يحبونه أو يحبونها أو الأحداث الممتعة، مثل زواج أو حفلة.
- ساعد شريكك على الشعور بأنه أقل اعتماداً وأكثر تحكماً. طمأن شريكك على أنك تقوم بدورك كراعٍ بسبب الحب، وحاول أن تساعد شريكك على المحافظة على سيطرته بقدر الإمكان بواسطة الاستمرار في مشاركته بالقرارات المنزلية، ووضع الخطط الاجتماعية، أو القيام بنشاطات أخرى باستقلالية حسب ما يشعر/أو تشعر.

نصيحة: إن كنت مهتماً بتحسين التواصل، تذكّر بأن "دفع" شريكك للكلام، أو تغير طرق التواصل بصورة فجائية، يمكن أن لا يأتيك بالنتائج المرجوة لتحسين التواصل. بدلاً من ذلك حاول أن تسأل أسئلة غير محددة واصغِ إلى ما يقوله شريكك. الاستماع مهم كما الكلام (أحياناً أكثر أهمية!).

الإصغاء له من الأهمية ما للكلام.

بالإضافة إلى التركيز على حاجات شريكك، أعطِ حاجاتك نفس الأهمية. من الممكن أن تشاء التكلم إلى شريكك أو أحدٍ آخر، مثل صديق مخلص، أحد أفراد العائلة، أو ربما شريك مريض آخر يمر بتجارب مماثلة. بإمكانك لقاء شركاء آخرين في قاعات انتظار المواعيد الطبية أو في أماكن أخرى، مثل مجموعات الدعم. إن كان لديك مشاكل بالتعامل، جِدْ أحد الأخصائيين لتتكلم معه أو جِدْ جمعية دعم عناية أسرية في منطقتك. وأيضاً، شيء ذو أهمية كبرى، خذ وقتاً لنفسك، بعيداً عن السرطان والمستشفى. خذْ وقت راحة؛ أطلب من أحد أعضاء العناية أو العائلة أو من صديق ليتدخل ويقدم المساعدة، إن كنت بحاجة لها. إن لم تعتنِ بنفسك، سوف لن تكون بأفضل حال من أجل شريكك.

87. عندي ولدان صغيران. لا أريد إخبارهما عن تشخيصي وجراحتي لأنني لا أريد تكديرهما. بالكاد أستطيع أن أتدبّر الأمر بنفسي، فكيف يستطيعان هما التعاطي معه؟ هل يتوجب عليّ إخبارهما عن سرطاني، وإن كان الأمر هكذا، فكم أخبرهما؟ ماذا لو سألاني إن كنت سأموت؟

إن أخبار أولادك حول تشخيص سرطانك هو واحد من أصعب الأمور التي يمكن أن تواجهها كوالد. بعض الناس يتردّدون بإخبار أولادهم، بينما آخرون يريدون أن يكونوا صريحين ما أمكنهم ذلك. إن الأبحاث والخبرة المتخصصة لمستشاري الأورام تشير إلى أن إخبار الأولاد بالحقيقة منذ البداية عموماً يؤدّي إلى تكيّف أفضل. مهما يكن، كوالد، فأنت الخبير بأولادك، ويتوجب عليك أن تبقيهم بالصورة للحدّ الذي يريحك أنت وأولادك. إن كنت جَدًّا (أو أحد أفراد العائلة الآخرين)، فمن الممكن أن تجد المعلومات أدناه مساعدة.

إن اطلاع الأولاد على الحقيقة باكراً عادة ما يقود إلى تأقلم أفضل.

من الواضح، فإن أعمار الأولاد تؤثر في نوعية وكمية المعلومات التي يستوعبونها. مثلاً، إن ولداً بعمر 4 سنوات لن يفهم من التفاصيل كابن العاشرة، ولا ابن 10 سنوات سيفهم بقدر ما يفهمه مراهق. مهما يكن فإن هذه الخطوط الإرشادية يمكن أن تكون مساعدة و، إن لم يظهر العكس، هي أشياء جيدة للتذكر بالنسبة لكل مجموعات الأعمار من الأطفال.

- الأولاد عندهم إحساس جيد لما يجري بينك وبين عائلتك؛ عادة ما يلاحظون تغيرات غامضة كما تلك العادية (مثل، القلق حول فواتير المستشفى، أو استراق السمع لمكالمة تلفونية معك أو مع أحد أفراد العائلة). إذاً، يمكنهم أن يعرفوا عن تشخيصك بكل الأحوال، ولعله من الأجدر أن يعرفوها منك – والأبكر هو الأفضل. هذا هو الوقت الذي تطور فيه الثقة مع ولدك بالنسبة لتشخيصك ومعالجتك.
- لأن كل نوع من السرطان هو شيء مختلف، ومعالجة كل شخص تفصل له شخصياً، فيتوجب عليك أن تعطي أطفالك الفرصة ليسألوا عن سرطانك ومعالجاتك كي لا يحصلوا على معلومات مغلوطة (من الإنترنت، الأصدقاء، أو الأولاد الآخرين).
- إن عرفوا أن شخصاً آخر قد مات نتيجة السرطان، فيتوجب عليك أن تطمئنهم بأنه ليس من الضروري أن يحدث لك نفس الشيء. أعطهم خصائص محدّدة عن سرطانك ومعالجتك تناسب أعمارهم، بما فيها كيفية أن سرطانك هو مختلف.
- الأولاد، أيضاً يلومون أنفسهم أحياناً بسبب بعض المسائل، بما فيها تشخيص أحد الوالدين بالسرطان. بعض الأولاد يختلقون تخيّلات لإيضاح الأمور. من الممكن أن يفكروا بأنك أصبت بالسرطان لأنهم مقصّرين بالمدرسة أو لأنهم صرخوا بوجهك أم تمنّوا لك شيئاً سيئاً ليصل لك في آخر مرة عاقبتهم فيها. من الممكن أن تفاجأ حول ما الذي يفكرون فيه. اسألهم. فهم يحتاجون إلى

تأكيدات بأنهم ليسوا السبب بالسرطان. وبصورة عكسية، لأن الأطفال يعتقدون بأنهم قد فعلوا شيئاً سيئاً سبّب السرطان، فإنهم أحياناً يعتقدون أن بإمكانهم أن يفعلوا شيئاً ليزيلوه. قد يقوم الولد أحياناً بدور "الولد النموذج" ويحاول أن يقوم بكل شيء بصورة صحيحة. إن مراهقاً يمكنه أن يصبح فجأة مساعداً بصورة أكثر من اللازم في البيت أو يصبح "والداً بديلاً". أحياناً يسيء الأهل فهم هذا التصرف النموذجي بأنه يعني أن ولدهم يتعامل جيداً. إن دور الولد المثالي يمكنه أن يكون عبئاً هائلاً على ولدك بسبب الشعور بالمسؤولية التي تفرضها طريقة التعامل هذه؛ الأولاد يمكن أن يخافوا أنهم "سيخربون" ويجعلونك أسوأ، أو إن كنت تعاني من تعقيدات، قد يشعرون بالذنب لأنهم لم يحاولوا بما فيه الكفاية ليكونوا مثاليين.

- عادة ما يركّز الأطفال على الكيفية التي يؤثر فيها السرطان على حياتهم، أحياناً يبدون أنانيين ويعبرون عن الغضب والخيبة. المراهقون والأولاد يمكن أن ينفروا من طلب مساعدتهم في الأعمال المنزلية لمساعدة أحد الوالدين المريض. جرّب أن تكون صبوراً مع الولد الذي يعبّر عن هذه الأفكار وتفهم ذلك دون لومه (وهذا يمكن أن يكون صعباً). حاول أن تجد الحلول، مثل استخدام مدبرة منزل والطلب من قريب أو الجيران ليساعدوا في الواجبات المنزلية الروتينية حتى لا تتوقف.
- الأولاد من كل الأعمار عادة ما يسألون الأسئلة "الصعبة" التي يتعلم البالغون عدم إثارتها. مثلاً، أحياناً، السؤال الأول الذي سيخرج من شفاه ولد أصغر بعد الحديث مع أحد الوالدين المصاب بالسرطان هو "هل ستموت؟" هذا هو الشيء الصعب؛ ليس فقط أنه يستجلب مشاعر هائلة من الخوف والقلق عندك، ولكن أيضاً بنفس الوقت عندما يريد معظم الآباء أن يطمئنوا ولدهم (وأنفسهم) بأن كل شيء سيكون بخير وأيضاً، بالطبع فإن الماما أو البابا لن يموت أبداً. مهما يكن، فإن ذلك ليس صحيحاً. مثلما تموت الزهور والحيوانات الأليفة، فكل واحد يموت في وقت ما. من المهم أن تطمئن ولدك، ولكن لا تشوّه الحقيقة. بإمكانك أن تقول شيئاً مثل، "نعم، لديّ سرطان في قولوني. مهما يكن، فأنا

أتلقى أفضل علاج وأذهب لدى أفضل الأطباء الذين سيحاولون أي شيء لمحاربة هذا السرطان. كل واحد سيموت في يوم ما، ولكني سأحارب هذا السرطان بكل ما أوتيت من قوة".

- ربما سيغير أطفالك ردود فعلهم بعد مناقشة السرطان معك أو مع شريكك. بعض الأطفال، وخاصة الصغار جداً منهم، يمكنهم تفهم أجزاءٍ فقط من المعلومات في وقت واحد. من الممكن أن لا يطرحوا أسئلة في البداية، لذا تأكد أن "الكلام المهم" ليس أمراً لوقت واحد فقط. تابع التفحص مع أولادك لترى كيف هم وتخبرهم عن أحوالك، أيضاً. مهما يكن، إن لم يكونوا يريدون الكلام، فلا تجبرهم. بدلاً من ذلك، أخبرهم أن باستطاعتهم طرح أي سؤال يريدون، وهذا مما يشعرهم بالمسؤولية. تذكر إن كان لديك أكثر من ولد واحد، فلكل ردود فعله المختلفة عن الآخر.
- كلمة "سرطان" هي تعبير مجرد عادة ما يجد الأطفال صعوبة في فهمها، وهذا يؤدي للمزيد من الخوف وسوء الفهم. إن عرض صور مناسبة لأعمار الأطفال وتفصيلات عن جسم الإنسان، بما فيه موضع السرطان – أو بالأخص للأطفال الأصغر، والسماح لهم برسم مخططات بأنفسهم – سيساعدهم على فهم فكرة السرطان. إحدى الفتيات البالغة 6 سنوات من العمر قامت برسم صورة لأبيها مع نقطة كبيرة على "بطنه"، ترمز بها للسرطان. هذه الصورة سهّلت عليها التخيل والتكلم عن السرطان مع والديها.
- بعض الأولاد يكونون مشاركين ومهتمين بشدة بالسرطان والمعالجة. حتى إنهم قد يرغبون حضور المواعيد الطبية أو زيارتك بالمستشفى. السماح لهم بحضور المواعيد (بعد مناقشة هذا مع طبيبك أولاً ورسم الحدود لذلك) يمكن أن يكون طريقة جيدة لهم ليطمأنوا ويحصلوا على الفرصة لطرح الأسئلة. مهما يكن، من المهم جداً عدم إغراقهم بالمعلومات، وإلا فإن هذا الاجتماع سيجعلهم أكثر قلقاً، ويكون له تأثير معاكس لما تبتغيه. الأولاد الذين يرغبون بالمجيء معك للمعالجة الكيميائية أو زيارة المستشفى يجب تحضيرهم مسبقاً.

أخبرهم عن المعالجات وما يمكن أن يروه (بما فيه الأنابيب، مرضى آخرون، إلى ما هنالك). إن أخذ صورة لك خلال المعالجة يمكن أن يساعدهم على تخيّل ما يمكن أن يروه قبل وصولهم. بعض الأولاد يريدون أن يعرفوا عن الأنابيب، القطب، وبعض أدوات المعالجة الأخرى. خذ حريتك بإعطائهم المعلومات بقدر ما ترتاح أنت وهم لإعطائها. تذكّر، أنت الخبير بولدك، لهذا أصغِ باهتمام إلى فطرتك وتوقف عندما تشعر أنهم رأوا ما يكفي.

- خذ جميع الخطوات للتأكد من أن البالغين المهمين (مثل المعالجين، الأقرباء، الأساتذة، ومستشاري المدارس) حول ولدك يزوّدونك برسائل متوافقة. من الممكن أن ترغب بإخبار هؤلاء البالغين عموماً ما الذي تمرّ به طبياً وما الذي يعرفه ولدك مسبقاً. هؤلاء الأشخاص سيكونون قادرين على توفير الدعم لولدك وأيضاً ليخبروك إن كان لديهم ما يقلقهم حول كيفية تعامل ولدك.
- تقديم التطمينات الحسية، مثل الأخذ بالأحضان واللمس، هو مهم لك ولولدك، خاصة الرضّع والذين في بداية مشيهم، الذين يملكون وسائل اتصال محدودة. من الممكن أن لا تكون قادراً على اللعب "بخشونة" مع أطفالك فوراً بعد الجراحة أو بسبب الإعياء، عليك إذاً أن تشرح ذلك لأولادك وتعوضها بنشاطات أخرى وأشكال من الاتصالات الحسية (مثل الجلوس بجانبهم لمشاهدة الفيديو أو القراءة معاً). أنت لا تريدهم أن يخطئوا تفسير غياب الاعتناء الفيزيائي كرفض لهم.
- تابع (بقدر ما تستطيع) روتين ما قبل السرطان ومارس الأفعال التأديبية. هذا قد يكون صعباً لأن وقتك أصبح أضيق، لكن جرّب أن تسمح لطفلك ليواصل نشاطاته أو نشاطاتها، قم بزيارة الأصدقاء، وانهض في الصباح ونم في نفس الأوقات. بعض الآباء يرغبون بأن يكونوا أكثر تساهلاً وآخرون أكثر صرامة؛ مهما يكن، فهذا لن يساعد ولدك على التعامل بصورة أفضل. الثبات يعطي الأمان لأولادك.
- إن لم تكن متأكداً حول كيفية الكلام مع طفلك أو لديك قلقٌ حول كيفية تعامله أو تعاملها مع التشخيص، تكلم مع العامل الاجتماعي أو المستشار الذي يتخصص في مساعدة أولاد المصابين بالسرطان. إن كان أطفالك ملتحقين بالمدارس،

فالكلام مع أساتذتهم و/أو مستشار المدرسة يمكن أن يكون مساعداً أيضاً. يوجد أيضاً عدة مصادر بإمكانها المساعدة، ومن ضمنها "How to Help Children Through a Parent's Serious Illness" تأليف كاثلين مكيو، ومصادر أخرى في نهاية الكتاب. إن كان لديك قلقٌ حول كيفية تعامل أولادك مع تشخيصك، فبإمكانك طلب المساعدة لأولادك من إحدى المجموعات المتخصصة للأولاد المشخص أحد والديهم بالسرطان.

نصيحة: كن مخلصاً، وثابتاً، وطمئن ولدك بأن سرطانك ليس نتيجة غلطة أحد ما.

88. الآن وقد أتممت معالجة السرطان، كيف أتابع حياتي؟

إن التقدّم في التشخيص المبكر والمعالجة لسرطان القولون والمستقيم تزيد من أعداد الناس الذين ينجون من هذا المرض. مهما يكن، فإن هذا يعني أن المزيد من الناس الذين لهم سجل شخصي بالسرطان يحتاجون إلى معطيات حول وضع سرطانهم وراءهم والانطلاق قدماً للتمتّع بالحياة بشكل كامل مرة أخرى. من الممكن أن يبدو هذا سهلاً، ولكن لبعض الناس، ليس كذلك. من الممكن أن يسألوا أنفسهم، "أليس هذا ما حلمت به منذ تشخيصي؟ ألا يجدر بي أن أكون ممتناً للنجاة من السرطان؟" إضافة لذلك، فالمواضيع التالية يمكن أن تبرز في مرحلة ما بعد المعالجة للشفاء من سرطانك:

- تنظيم إدارة مواعيد المتابعة الطبية.
- الخوف من تكرر السرطان.
- تغيّر في النظرة إلى الذات واحترام الذات.
- القضايا القانونية والمالية بعد التشخيص (مثل البحث عن وظيفة جديدة، أو كتابة خلاصة سيرة ذاتية مناسبة).
- القلق حول تأثيرات جينية للسرطان بين أفراد العائلة.
- القلق حول المسائل الطبية في المستقبل، المتابعة، والفحوصات.
- التعوّد على أسلوب حياة صحي، بما فيه التمارين، التوقف عن التدخين، وتغيير العادات الغذائية.

- الأمور الحياتية العالقة التي أجلت بسبب التشخيص والمعالجة (مثل الزواج أو الفراق، إنجاب الأطفال، أو تغيير المهن).
- التأثيرات الجانبية الطويلة الأمد للمعالجة، مثل الندوب، الفوهة، العقم والمسائل الجنسية.

عادة التقنيات المستعملة للتعامل مع سرطانك ستساعدك على تطوير فهم أعمق لحياتك وهذا يشمل كل تجاربك، ويشمل نجاتك من السرطان. مهما يكن، فبعد المعالجة أحياناً، فالناجون يمرون بتجارب جديدة تتعلق بتعاملهم ويستكشفون طرقاً جديدة ليساعدوا أنفسهم. للبعض الذين تعاطوا جيداً خلال كامل فترة التشخيص والمعالجة، فإدراك تجربة السرطان تؤثر فيهم طويلاً بعدما تنتهي المحنة. إن عانيت من بعض المشاكل وهي تمضي قدماً، فلعلك يجب أن تجد لك مجموعة دعم، أو ناجياً آخر، أو أخصائي صحة عقلية ليساعدك على فهم وتنظيم هذه المشاكل في سعيك نحو استعادة نوعية حياتك.

لتقنيات التي تستعملها للتعامل مع سرطانك ستساعدك على تطوير فهم أعمق لحياتك.

إدارة التغيرات الفيزيائية الممكنة

89. سمعت أنني من المحتمل أن أعاني من تغيرات فيزيائية بعد الجراحة. هل سيؤثر هذا في نشاطي الجنسي؟ هل سأصبح عنيناً؟ ولماذا هذه المخاطرة بعد الجراحة هي أكبر لسرطان المستقيم مما هي لسرطان القولون؟

الأعصاب التي تتحكم بالأعضاء الجنسية تقع إلى جانب المستقيم. خلال جراحة المستقيم، هذه الأعصاب يمكن أن تتلف، وهذا ينتج عنه تغيرات جنسية فيزيائية. هذه التعقيدات هي نادرة جداً مع جراحة القولون العادية لأن هذه الأعصاب هي خارج منطقة العمليات العادية لجراحة القولون.

العنة

عدم القدرة على الحفاظ على الانتصاب بشكل كاف للانشغال بنشاط جنسي.

الرجال الذين خضعوا لجراحة المستقيم وعانوا من جروح بالأعصاب من الممكن أن يعانوا من نوعين مختلفين من العسر الوظيفي الجنسي: (1) من الممكن أن يفقدوا القدرة على المحافظة على الانتصاب (العنة)، أو (2) من الممكن أن يصبحوا عقيمين ومع هذا يحافظون على قدرتهم على القيام بالاتصال الجنسي. في الحالة الثانية، فإن القدرة على القيام بالاتصال الجنسي تبقى سليمة؛ مهما يكن، العقم (عدم القدرة على الإنجاب) هو ممكن الحدوث.

إن الجراحة الجذرية التي تجرى لسرطان المستقيم السفلي قد تحسنت حديثاً حتى أصبحت هذه المضاعفات نادرة الحدوث جداً خلال الجراحة الروتينية. إن حدوث العنة لكل المرضى الذكور يتراوح بين 10% - 30%. هذه الإحصائية تشمل الأفراد المصابين بأورام كبيرة، ومتقدمة؛ المرضى الأكبر في السن، الذين كانوا يعانون سابقاً من العنة؛ والذين يخضعون لـ APR (الإزالة الكلية للشرج، المستقيم، والعضلات المحيطة بالقناة الشرجية) أكثر مما تشمل الخاضعين للاستئصال الأمامي السفلي (إزالة القسم السفلي من المستقيم). وإن استثنيت هذه المجموعات من إحصاء العنة بعد الجراحة، فإن حدوث العنة يكون أقل. لحسن الحظ، هناك معالجات عدة لمضاعفات ما بعد الجراحة هذه، وبإمكان طبيبك إحالتك إلى أخصائي إن حدثت هذه الحالة الطارئة.

التغيرات الجنسية بين النساء بعد جراحة المستقيم محدّدة بوضوح أقل. بعض النساء يمكن أن يعانين من الجفاف المهبلي والألم خلال الاتصال. هذه المشاكل تبدو أقل حدوثاً من التي يواجهها الرجال، ويمكن معالجتها بسهولة بواسطة الكريمات السطحية والمزلقات.

90. ما هي التقنيات التي يمكنني استعمالها لمواجهة التغيرات الجنسية المرافقة لسرطان القولون والمستقيم؟

كلما ابتعد الإنسان عن المرحلة الأولية للتشخيص واتخاذ قرارات المعالجة،

فالأسئلة المتعلقة بمظاهر مهمة أخرى من حياة الإنسان تزداد أهمية. هـذا القلـق يتركّز على الألفة، والنشاط الجنسي، والتأثيرات الجانبية الجنسـية خـلال وبعـد التشخيص والمعالجة. لبعض الأشخاص، مهما يكن، فالجنس هو موضوع صـعب للحديث، سواء مع شريكك أو مع الفريق الطبي. مهما يكن، فالمحادثـة الصـريحة يمكن أن تكون عاملاً مهماً في المحافظة على أو استعادة النشاط الجنسي. إن كنت ستخضع للجراحة، فمن الممكن أن تعاني نقصاناً في رغباتك الجنسية قبل الجراحة وذلك لإمكانية أن تكون منشغلاً بمعالجتك القادمة، وما يشـبه ذلـك خـلال فتـرة التعافي. بعدها، من الممكن أن تعاني من تغيرات جسدية بما فيهـا النـدوب و/أو الفوهة. أيضاً، وهذا يتعلق بنوع المعالجة التي تخضع لها، فإن أنواعاً مختلفة مـن المشاكل الجنسية يمكن أن تنتج عنها (أنظر السؤال السابق). بعض الناس يشعرون بالإحراج حول هذه التغيرات لأجسامهم، وبالأخص عندما يخرجون مباشـرة مـن الجراحة. مع الوقت، فإنك تتعوّد على هذه التغيرات الجسدية المحتملة، وبـالأخص بمساعدة الأخصائيين الطبيين (بمن فيهم أخصائي التفميم المعـوي إن كـان لـديك فوهة) وبمناقشة ما يقلقك مع الفريق وشريكك. تصرفات الألفة لن تؤذي جرحـك (إن كان قد شفي) أو فوهتك.

إن كنت تعاني من التغيرات الجنسية، وهذه التغيرات مهمة لك، فقد يكون ذلك الوقت المناسب للتفكير باستنباط أشياء جديدة فيما يتعلق بالجنس والألفة. اللمـس، المداعبة، الإثارة الشفوية وبواسطة الأصابع، واستعمال الأدوات الشخصية الجنسية هي أحياناً مثيرة ومحفزة مثلها مثل الاتصال الجنسي التقليدي (أو أكثـر بالنسـبة لبعض الناس). إن كنت قلقاً لأن يرى شريكك جيب الفوهة أو النـدوب، فيمكنـك ارتداء لباسٍ داخليٍّ أو فانيلا. حالما تبدأ بالتجريب، فمن الممكـن أن تجـد طرقـاً جديدة لإرضاء شريكك ونشاطات جديدة تستمتع بها أنت أيضـاً. عـادة، الأزواج يمرّون بانبعاث لمشاعر الحب تجاه بعضهم بعضاً عندما يواجهون بالسرطان؛ ركّز على هذه المشاعر خلال تبادل الحب والممارسة الجنسية.

إن كنت عازباً، فمن الممكن أن تكون حساساً عند بدء علاقات حميمـة مـع

شركاء جدد. الشروع بالممارسة الجنسية سيأخذ وقتاً وكل حالة هي مختلفة، إذن أصغ لنفسك واتبع فطرتك. أيضاً تذكّر دائماً بأن التأقلم الجنسي لمرضى القولون والمستقيم يبدأ بالتثقف وتعلم الاتصال الجيد. إن استمريت بالتساؤل أو عانيت من مشكلات، لعله من الأفضل لك أن تتصل بطبيب أو معالج المتخصص بمعالجة القضايا الجنسية.

91. خضعت للجراحة حديثاً ولديّ فوهة. قبل الجراحة، لم أتوقّع كم هذا سيكون صعباً. الآن، يتوقع مني الفريق الطبي أن أعتني بهذا "الشيء"... وأنا لا أريد حتى أن أنظر إليها، عدا أن أفعل ما تبقى. كيف يمكنني تخطي هذا الفزع والخوف؟

السرطان، الجراحة، والمعالجة هي صعبة بما فيه الكفاية للتعامل معها؛ الفوهة تبرز مشاكل خاصة، وسوف تحتاج إلى مساعدة للتعاطي مع التغيرات الجسدية والعناية بالفوهة. إن وجود الفوهة أحياناً يزيد من مشاعر القلق، الخوف، والخجل لدى بعض المصابين بسرطان القولون والمستقيم. الناس لا يفكرون كثيراً بالوظائف الجسدية "الطبيعية"، بما فيها الحركات المعوية – وذلك، حتى تصبح هذه الوظائف على وشك التغير أو التوقف. بعض الناس يترددون حول إمكانية التفميم، ويحتاجون إلى وقت أكثر ليقرّروا الخضوع للجراحة ويلجأون للتطمينات (أنظر سؤال 93). مهما يكن، الناس عادة يتأقلمون بعد الجراحة. أناس آخرون يقللون من تقدير التحديات التي سيواجهونها حين يتأقلمون مع تفميم قولوني أو لفائفي إلى حين ما بعد الجراحة. بتعقيد الأمور، في وقت استحقاق الجراحة، الفوهة، وكل مستلزماتها تتوالى، غالباً ما يشعر المريض بضغط من الأطباء، الممرضين، وأفراد العائلة للقبول والعناية بالفوهة.

خذْ الخطوات لتمنع نفسك من الغرق بكل ذلك، منذ البداية. التقِ الممرض المختص بالفوهة بأسرع ما يمكن، وارسم أهدافاً واقعية لك. إن كان لديك مشاكل بالتأقلم، اسأل نفسك لماذا وناقش هذه الأمور مع أخصائي الفوهة و/أو الجرّاح. هذه الاجتماعات ستقرّبك أكثر من الاعتناء بمفردك بفوهتك.

تقدّم بنفسك.

تذكّر دائماً أن التأقلم النفسي والفيزيائي مع الفوهة الجديدة لن يحصل بين ليلة وضحاها. نظّم نفسك. في أغلب الاحتمالات سيكون لديك أخصائي عناية بيتية بالفوهة أو ممرض أخصائي آخر ليزورك بعد خروجك من المستشفى ليقدّم لك معلومات إضافية ودعماً. يمكن أن تجد أن الالتحاق بواحدة من جمعيات العناية بالفوهة أو الدعم هو شيء مساعد (اتصل بـ United Ostomy Association أو مستشفاك للإحالة). جمّع موادّ مكتوبة من فريقك الطبي ومن المنظمات المشهورة لتقوية التدريب. وخلال مواعيد المتابعة، ناقش كيف تجري الأمور معك بالفوهة، ومن ضمن ذلك أية أسئلة يمكن أن تكون لديك حول العناية والتأقلم. إن وجدت ذلك مساعداً، باشر بترتيبات رؤية معالج الفوهة الداخلي ليزودك بنصائح مكثفة ومستمرة ويقدّم لك الدعم. ناقش أية ممنوعات أولية بعد الجراحة مع طبيبك (مثل رفع الأشياء الثقيلة أو الرياضة العنيفة). فيما عدا هذه الممنوعات، يجب أن تكون قادراً لاستئناف النشاطات المعتادة كلما تعافيت، مع عواقب فيزيائية قليلة، إن كان هناك أي منها. يمكنك متابعة ممارسة كل نشاطاتك اليومية والمشاركة بالرياضات الفيزيائية بوجود الفوهة - بإمكانك لعب الغولف، الكرة الطائرة، التزلج، وحتى السباحة. بالحقيقة، إن التحديدات لنشاطاتك هذه ستأتي من الممنوعات التي تفرضها على ذاتك والناتجة عن تأقلمك العاطفي للتفميم القولوني. بعض الناس يتجنبون النشاطات الاجتماعية، ورياضات كالسباحة، أو التجارب الجنسية لأنهم يخافون أن الناس سترى، ستشمّ أو يعرفون بطريقة ما أن لهم فوهة. وكلما أصبحت معتاداً أكثر على الفوهة والعناية بها، سوف تتحقّق من أن الناس غالباً لن يعرفوا عن فوهتك إلا إذا أريتهم إياها أو أخبرتهم أنت عنها. إن حقيبة الفوهة مصنوعة من مواد تلتصق جيداً بجسمك، جاعلة إياها غير مرئية تحت كل أنواع الأقمشة تقريباً (أنظر سؤال 92). وأبعد من ذلك، فاتخاذ إجراءات بسيطة يمكنه منع الرائحة والغازات. أنشط بالعناية بفوهتك، وبقليل من الصبر، ستجد بسرعة أن بإمكانك العيش إلى حد كبير كما كنت قبل الجراحة.

92. الآن وقد تخطيت الصدمة الأولية لوجود الفوهة، ما هي الأشياء الأساسية التي يجب أن أعرفها؟

إن جهاز فوهة (أو جهاز التفميم) هو آلة تجمع الفضلات من الفوهة. إنها عادة تتألف من قطعتين: الصحن السطحي (wafer) الملصق بجلد بطن الشخص حول فتحة الفوهة ثم حقيبة أو جيب بلاستيكي منفصل الذي يجمع الفضلات، بالرغم من وجود أجهزة قطعة واحدة متوفرة. خلال اليوم، حالما تمتلئ الحقيبة، يتوجب إفراغها. الأشخاص الذين لديهم الفوهات القولونية يحتاجون إلى إفراغ الحقيبة من مرتين إلى ثلاث مرات باليوم في حين أن الأشخاص مع التفميمات اللفائفية عادة ما يفرغونها مرات أكثر لأن فضلات أكثر تتجمع. يمكن للشخص ببساطة أن يذهب إلى مكان استراحة ويفرغ محتويات الحقيبة بالمرحاض.

أجهزة الفوهات تأتي بعدة أشكال وأحجام لتتناسب مع الأشخاص. الفتحة على الصحن السطحي اللاصق مشقوقة بعناية لتتلاءم بدقة حول الفوهة وتقلّل مخاطر التسرب وحساسية الجلد. بعض الصحون السطحية هي دائرة مسطحة، والأخرى مقوسة، مكونة غطاء أفضل على الفوهات المسطحة. أنواع عديدة تحمي الجلد ومواد منظفة تستعمل لتحضير الجلد للجهاز. الحقائب تأتي أيضاً بأحجام منوعة. بعضها بلاستيك شفاف؛ فيما، حقائب أخرى تكون ملونة وغير شفافة (تصعب الرؤية من خلالها) وتخبئ محتوياتها. تستعمل مرشحات كربونية خاصة لتقليل الروائح المنبعثة مع خروج الفوهة. برغم أن الحقيبة البلاستيكية تفرغ عدة مرّات باليوم، فالصحن السطحي يحتاج أن يبدل حوالى مرة كل أربعة أيام. لا يهم الجهاز أن تبلل وهكذا فبالإمكان ارتداؤه خلال أخذ "دش" أو حمام دون مشكلة.

إن فضلات الفوهة عادة ما تكون صلبة، وبالإمكان التحكم بها بالمزج بين نظام الوجبات وتقنيات الفوهة. مثلاً، العديد من الأشخاص يكونون قادرين على التحكم بفضلاتهم بواسطة ري (شطف) التفميم القولوني الروتيني. ري التفميم القولوني يجرى بحقنة توضع على الفوهة. هذا يجرى كل يوم بنفس الوقت، وغالباً في الصباح. إن هذا يفرغ نهاية القولون من الفضلات وعادة ما يستغرق فقط من 15 إلى 30 دقيقة لإجرائه. مع إفراغ هذا الجزء من القولون من الخروج، فإن ناتج

الفضلات يكون في أدناه خلال النهار. وهكذا، فإن حقيبة تفميم قولونية يمكن أن لا تكون ضرورية؛ وإما ملحق صغير يمكن استعماله، أو حشوة شاش فقط.

توضع الفوهات تحت السرّة وتكون مائلة قليلاً لجهة معينة. هذا يسمح لجـزء صغير من الأمعاء (الفوهة) لتخرج من خلال الجدار البطني ويحدّ من تكوّن الفتق. الفوهة توضع في أعلى الطبقة الدهنية للبطن، مما يسهل رؤيتها والعناية بها. سيتجنب جرّاحك وضعها داخل طيات الجلد وهكذا يكـون أقصى اتصال بين الصحن السطحي والجلد. عادة، الحقيبة ستقع تحت خط البنطال وتكون بذلك سهلة الإخفاء عن النظر. الثياب الفضفاضة يمكنها أن تكون مناسبة أكثر، كما استعمال الحمالات بدلاً من الحزام، على سبيل المثال.

إن كان جراحك قد أخبرك بأنه من المحتمل تركيب فوهة لك، فستكون مدرجاً على تقييم ما قبل الجراحة بواسطة أخصائي تفميم معوي (أو ممرض أخصائي). خلال التقييم، فإن موضعاً يتم تأشيره على بطنك كي يتمّ وضع الفوهة في أفضل موقع ممكن على الجسم. بعد الجراحة، سيكون أخصائي التفميم المعوي مصدراً قيماً لإدارة فوهتك ومساعدتك إن كان لديك أي قلق بشأنها. هؤلاء الأخصائيون هم أيضاً خبراء في انتقاء الأجهزة المناسبة لك.

93. أظنني أفضّل الموت على أن أعيش مع فوهة دائمة. أليس باستطاعتي أن أدع هذا المرض يأخذ طريقه الطبيعي بدون تعريض نفسي لهذه المعالجة؟

تعقيب كايت:

لقد التقيت الكثير من أصحاب الفوهات، وقد ساعدوني لأرى أن الحياة مع فوهة يمكنها أن تكون محتملة. فوهة أمي موديل 1950، غير مرتبة وصعبة التحكم، أبدلت بتقنيات جراحية حديثة، وبأجهزة تفميم أحدث وأفضل، وطرق جديدة لإبقاء الفوهة نظيفة وفارغة. أصدقائي ذوو الفوهات كلهم يحفزونني لإيجاد تنظيم جيد لوضع الفوهة وذلك بجعل ممرض فوهة ذي خبرة يقيس لك وضعية الجلوس والقيام. أخبروني أيضاً أن الدعم من الآخرين ذوي الفوهات والمساعدة من ممرضي الفوهات يؤديان إلى تعلّم كيفية إدارتها.

مجرد التشخيص بالسرطان هو عبء هائل على أي شخص، وقدرتك على التعامل مع مشاعرك يمكنها أن تكون أصعب إذا أخبرت بأن فوهة دائمة أو مؤقتة هي ضرورية. معظم الأشخاص لا يريدون العيش مع فوهة، وبعض الأشخاص يمكن أن يفكروا بعدم إجراء الجراحة ولا الفوهة. إن كانت لديك ردة الفعل هذه، خذ خطوة إلى الوراء وراجع طريقة اتخاذ قرارك حتى تكون متأكداً بأنك تأخذ القرار الصحيح لك. وازن قيمك حين أخذ أي قرار بالمعالجة، بما فيه تركيب أو عدم تركيب فوهة. بعض الناس الذين يرفضون عملية الفوهة في البداية يغيرون آراءهم فيما بعد، وذلك بعد أن تخبو الصدمة الأولية وتقل العواطف. أحياناً أخذ الوقت للتكلم أكثر مع الجرّاح، أو حتى التكلم مع الأشخاص الآخرين الذين عاشوا مع فوهة، يمكنه المساعدة على تسهيل عملية اتخاذ هذا القرار.

عند مناقشة السلبيات والإيجابيات مع جرّاحك، اسأل عن موضع ومرحلة الورم، وتأكد من الحاجة إلى التفميم القولوني. إن كان ينصح حقاً بالفوهة، وأنت ما زلت غير متأكد من الإقدام أو عدم الإقدام على الجراحة، تأكد من أنك على اطلاع على النتائج. من المهم أن تتفهم أن "دع الطبيعة تأخذ مجراها" يجب أن لا يعني بالضرورة أن تنزلق تدريجياً إلى الموت اللطيف؛ عدم الخضوع للجراحة يمكن أن يتسبّب بتعقيدات طبية، بما فيها الانسداد المحتمل للقولون وغزو الورم للأعضاء الأخرى، مما يخفّض من نوعية حياتك. رفض الفوهة يمكن أن يسرِّع موتك. احصل على رأي ثانٍ إن كنت لا زلت متردداً. بالحقيقة، فإن شركة تأمينك قد تطلب رأياً ثانياً، لذا استعمل هذه المعلومات الإضافية لتساعدك على اتخاذ القرارات الطبية المناسبة لك. تقصى في اختيارك وتحكم في قراراتك. تذكر دائماً أن ما يفوق 60% من كل مرضى سرطان القولون والمستقيم ينجون. الفوهة يمكن أن تمثّل تغيراً مهماً في أسلوب الحياة، لكنها قد تكون وسيلة النجاة. مهما يكن، لا تكن تحت ضغط إجراء الجراحة حتى تكون مرتاحاً لقرارك. إن كنت تريد معلومات أكثر عن الفوهات، أو التأقلم مع هذا النوع من الجراحة، أو المساعدة على اتخاذ قرارات المعالجة إلجأ للمراجع.

قضايا العمل والقضايا المالية

94. هل سأكون قادراً على متابعة العمل خلال المعالجات الإشعاعية والكيميائية؟

تعقيب كايت:

عدت إلى العمل بعد ثلاثة أسابيع من جراحتي الأولى وحوالى الشهر بعد جراحتي الثانية. قمت بترتيب المعالجة الكيميائية الأسبوعية في نهاية الأسبوع حتى تكون لديَّ العطلة كي أستعيد نشاطي. رتّبت مكتبي بحيث أستطيع التمتع بإغفاءة عند الظهر. الأشخاص الآخرون في المكتب أخذوا عني قسماً من العمل، كما جربت أن أخفف عني حمل العمل ما استطعت. نظمت أمور العمل الصعبة كي تكون في الصباح عندما أكون مرتاحة ويقظة. في حين كان ذلك بمقدوري إنجازه، فقد كنت متعبة معظم الأوقات. عطلي الأسبوعية، عندما كان بمستطاعي تمضية الوقت بعمل الأشياء التي أستمتع بها، كنت أقضيها في السرير أو على الصوفا.. لو كان عندي اختيار آخر، ولو كان ذلك ممكناً مهنياً ومالياً، كنت سآخذ وقت المعالجة كي أرتاح، وأستعيد نشاطي، وعمل الأشياء التي تجعلني الأسعد.

إن الاستمرار بالعمل خلال فترة المعالجات هو خيار شخصي. تقتضي المعالجة الإشعاعية أحياناً البقاء بالمستشفى أو العيادة ساعة كل يوم، ومن الممكن أن تتطلب المعالجة الكيميائية زيارات منتظمة للمستشفى، مما يشكّل قيوداً على الوقت. إن الأوقات المثالية للمعالجة لا تتناسب دائماً مع أوقات عملك. إضافة لذلك، بالرغم أن المعالجة نفسها غير مؤلمة، فمن الممكن أن تعاني من تأثيرات جانبية متنوعة نظراً للطبيعة السامة للعلاج. بكلمات أخرى، أحياناً المواد أو المعالجات التي تعطى بغية قتل سرطانك يمكنها أن تجعلك تشعر بالمرض أيضاً. مثلاً بعض المرضى يعانون من الإسهال والإعياء. بالرغم من أن هذه الأعراض يمكنها أن تكون صغيرة، فإنها أحياناً يمكن أن تصبح أكثر إزعاجاً، بالأخص عند دمج المعالجتين الإشعاعية والكيميائية. إن اختيارك كمية العمل التي يتعيّن عليك القيام بها تعتمد على نوعية عملك، وتلاؤم مستشفاك مع نشاطاتك اليومية، وعلى مقدرتك على تحمّل المعالجات والأمور الأخرى، مثل الاعتبارات المالية، ومرونة ربّ عملك.

لربما لن تعرف ما هي ردة فعلك على المعالجات حتى تبدأ هذه المعالجات.

تبقى الحقيقة بأنك لربما لن تعرف ردة فعلك للمعالجات إلى حين البدء بها. إن كان ذلك ممكناً فلعلك تشاء أن تبدأ ببرنامج عمل محدد (وهذا يعني أن يتضمن عملاً أقل مما يمكنك القيام به) ومن ثم قم بزيادة الساعات لبرنامجك، وهذا يعتمد على ما تشعر به ومستوى جراحتك. ليس فقط الالتزام بساعات أقل يحميك من التقصير بالنسبة لتوقعات إنجازك للعمل، ولكنه سيكون مساعداً أيضاً نفسياً. إن العمل أكثر من المتوقع يعطي شعوراً جيداً (حين يكون ذلك ممكناً) وهذا أفضل من وضع أهداف لنفسك لا يمكن تحقيقها. مع برنامج عمل متغير، عدة مرضى يستطيعون الاستمرار بالعمل خلال المعالجة. إن كنت قد قررت أنك لا تستطيع العمل، أو اخترت عدم العمل لأسباب أخرى خلال المعالجات (مثل تمضية الوقت مع عائلتك وأصدقائك)، فلربما تكون مؤهلاً لعطلة قصيرة خلال عملك و/أو من خلال برنامج الضمان الاجتماعي للعجز Social Security Disability (أنظر سؤال 96).

إحدى المسببات الأولية للإجهاد بين مصابي السرطان هي التعامل مع القضايا المالية المحتملة.

---

95. كيف يمكنني حماية نفسي مالياً في حين أواجه بمعالجات مكلفة لسرطاني القولوني المستقيمي؟

واحدة من المسببات الأولية للإجهاد بين الأشخاص المصابين بالسرطان هو التعامل مع الاعتبارات المالية المحتملة. القلق المالي مبدئياً يأتي من مصدرين: أولاً، كلفة العناية الطبية ومستوى تغطية التأمين، وثانياً، خسارة الأجور الناتجة عن التوقف المؤقت أو الكامل عن العمل. هناك طرق عدة للمساعدة على تقليص الصدمة المالية، بما فيها معرفة ما يمكنك فعله لحماية نفسك والاطلاع على المساعدات المحتملة الحكومية والمؤسسات المالية الخاصة (أنظر سؤال 96). مهما يكن، فهذا الموضوع هو

معقد ويختلف حسب المنطقة الجغرافية والمشاغل الشخصية والظروف. استشر عاملك الاجتماعي، بالإضافة إلى محامٍ أو مخطط مالي، للحصول على معلومات محددة. المعلومات أدناه تفيد كدليل لتسأل الأسئلة المناسبة.

نصائح تتعلق بالتأمين الصحي

اتصل بمندوب تأمينك الصحي، أو إن كنت تحصل على منافع تأمينية من خلال شركتك، اتصل بقسم الموارد البشرية، لمناقشة تغطية عقدك بأسرع وقت ممكن. عدة شركات تأمين قد وضعت اتفاقيات مع أطباء ومستشفيات معينين، عادة ما يسمون مزودي العناية الصحية "داخل الشبكة". بالإضافة لذلك، من أجل الوصول إلى هذه "الشبكة" للعناية الطبية، فمن الممكن أن الأمر يحتاج إلى إحالته من قبل طبيب العناية الأولية. هذا النوع من تغطية التأمين أحياناً يشار إليه خطة العناية تحت الإدارة. توجد أنواع مختلفة من خطط التأمين (مثل PPOs, POSs, HMOs، إلى آخره)، لذا تأكد من الاتصال بمندوبك للحصول على توضيح لتغطيتك. مهما يكن، أحياناً يكون من الممكن، حتى مع أشد الخطط الصحية تحت الإدارة صرامة، للاستفادة من أنواع معينة لمعالجة السرطان من خارج الشبكة (من المستشفيات والأطباء الذين ليس لديهم عقود محددة مع شركة تأمينك)، بالأخص إذا كانت المعالجة غير متوفرة بمزوّد من داخل الشبكة. كنْ على علم أن اللجوء إلى خارج الشبكة يمكن أن يكون أكثر كلفة لك، لذا عليك بالتأكد من أنك تعرف ما فيه الكفاية بما يتعلق بعقد التأمين عند تقرير مكان الحصول على المعالجة. بعض شركات التأمين تعيِّن مندوباً مؤقتاً إن كان المريض يرغب بتلقي العلاج خارج الشبكة (أو خارج الولاية)، وهذا الشخص يمكنه أن يكون مصدراً جيداً للإجابة عن أسئلتك المتعلقة بالتأمين. خذْ علماً بما هو مطلوب، مثل الأوراق المتعلقة بداخل الشبكة أو خارج الشبكة، الإحالات الضرورية، و/أو المصادقات المسبقة. تأكد من دفعك لكل أقساط التأمين في مواعيدها. إيجاد تغطية صحية جديدة مع تشخيص موجود يمكنه أن يكون صعباً ومكلفاً.

وثّق كل اتصالاتك مع دائرة الموارد البشرية لشركتك ومع شركة التأمين، واحرص على أن يكون كل شيء مكتوباً، مثل الموافقة على الانتقال خارج الشبكة

أو الإحالات إلى الأخصائيين. ضمّن التاريخ، الوقت، اسم الشخص الذي تكلمت معه، المواضيع التي نوقشت، والقرار أو الخطة. أحرص على تنظيم كل هذه المعلومات، واحتفظ دائماً بنسخ بأي وثائق ترسلها لشركة تأمينك. إن كنت تريد أن تجادل في قرارات التغطية، فكل هذه المعلومات ستصبح غير مقدرة بثمن وستوفر عليك الوقت والطاقة على المدى الطويل.

إذا اعتقدت بأن شركة تأمينك لا تعاملك بإنصاف، مثل رفضها طلبات دفع تكون قد قدمتها والتي تعتقد أنها مشمولة أو أنها أوقفت تغطيتك، أولاً اتصل بشركة تأمينك و/أو دائرة الموارد البشرية في شركتك. أحياناً يتطلب الأمر تغيرات بسيطة لإصلاح المشكلة. مثلاً، طلبات الدفع بالإمكان أن ترفض لأسباب مثل تاريخ ميلادك المغلوط أو رقم ضمانك الاجتماعي SSN المغلوط في جهاز الكمبيوتر لديهم أو الذي على النماذج. إن لم ينجح الاستعلام الأولي، اكتب رسالة إلى شركة التأمين، ذاكراً بوضوح رقم طلب الدفع، تاريخ الخدمة، معلوماتك الشخصية الدقيقة (رقم العقد والمجموعة، SSN، تاريخ الولادة، الاسم، والعنوان)، والسبب الذي تعتقد بأن طلب الدفع يجب أن يقبل لأجله. كن مباشراً ولكن ودوداً في لهجتك، واحتفظ بنسخة عن الرسالة. من الممكن أن تتطلب شركة التأمين معلومات طبية أخرى قبل قيامها بتغطية فحوصات أو معالجات معينة، وأحياناً إرسال وثائق إضافية أو جعل طبيبك يتصل بالشركة يمكنه أن يحل المشكلة. إن كنت قد استنفدت كل الخيارات، بإمكانك الاتصال بمفوض التأمين التابع للولاية أو استئجار محامٍ متخصص في منازعات التأمين. تشريعات جديدة على مستوى الولاية والمستوى الوطني موجودة لتحميك، بطريقة محدودة، من ثغرات تغطية التأمين الناتجة عن التشخيص الطبي ورفض طلبات الدفع غير المنصفة. شركات التأمين الخاصة ومنظمات المحافظة على الصحة (HMOs) هي على الأرجح منظمة من قبل وزارة التأمين أو وزارة الصحة في ولايتك. أنظر سؤال 100 لمصادر محددة لتستعلم أكثر عن هذه القوانين وكيفية طلب المساعدة، بما فيها نشرة National Coalition For Cancer Survivorship "الائتلاف الوطني للناجين من السرطان" المعنونة "ما الذي يحتاج الناجون من السرطان إلى معرفته حول التأمين الصحي".

شؤون العمل

إن كنت تعمل حالياً أو تخطط لاستئناف العمل، اسأل رب عملك عن المرونة في ساعات العمل لاستيعاب العلاج والمواعيد الطبية، تأمين العجز المؤقت، تغطية عناية صحية مستمرة، إذن الغياب وغياب عائلي. بعض الأشخاص المصابين بالسرطان يخافون من خسارة وظائفهم أو بالتمييز ضدهم بسبب تشخيصهم. تأكد من أنك على اطلاع على أنظمة الشركة وعلى حقوقك القانونية، خصوصاً إذا شككت بأنك تخضع للتمييز. التشريعات، مثل "قانون الأمريكيين المصابين بالعجز" (ADA)، تحمي الأشخاص العاجزين من أنواع محددة من التمييز في أماكن العمل. إن شخصاً مصاباً بالسرطان أو له سجل إصابة بالسرطان يمكن أن يكون تحت حماية ADA. مهما يكن، ADA هو تشريع معقد بعض الشيء، يطبق على الشركات التي تطبق مقاييس معينة، وله تحديدات أخرى. قوانين اتحادية أخرى (قانون الإصلاح الاتحادي، قانون الأذونات الطبية والعائلية، وقانون التقاعد وضمان المداخيل) وقوانين ولايات موجودة أيضاً لتحميك. بعض أوجه القوانين هذه تتعلق بتغطية الضمان الصحي، بالأخص Comprehensive Omnibus Budget Reconciliatin Act (COBRA)، الذي يوفر للموظفين عقود تأمين جماعية بواسطة أرباب عمل معينين، بمن فيهم الذين استقالوا، أو أقيلوا، أو الذين يعملون ساعات أقل. لمعرفة المزيد عن شؤون العمل وتشريعاتها، استشر عاملك الاجتماعي أو اشترِ نشرة الائتلاف الوطني للناجين من السرطان المعنونة Working It Out: Your Employmrnt Rights As a Cancer Survivor.

96. ما هي المستحقات الحكومية والاستفادات التي يجب عليّ البحث عنها لمساعدتي مالياً؟ هل هناك أية وكالة خاصة تساعد مرضى سرطان القولون والمستقيم بالمصاريف الطبية؟

هناك العديد من البرامج الحكومية، بالأخص على مستوى الولاية أو المستوى الاتحادي، التي يمكنها المساعدة بالتغطية الصحية والمساعدات المالية للمستحقين. هناك أيضاً أنواع أخرى من بوالص التأمين الخاص، مثل تأمين العناية على المدى

الطويل أو تأمين العجز الخاص، وبرامج حكومية أخرى لم تناقش هنا. مهما يكن، بعض أكثر البرامج شيوعاً، مدرجة أدناه. لمعلومات شاملة أكثر، أو معلومات عن برامج غير مذكورة هنا، تكلم مع عامل مستشفاك الاجتماعي و/أو راجع المصادر المذكورة في هذا القسم.

البرامج الحكومية

برامج غير مختبرة الوسائل (غير مستندة على المدخول أو الموجودات):

- **Medicare** (إدارة الضمان الاجتماعي للولايات المتحدة): برنامج تأمين صحي يدار من قبل السلطات الاتحادية للأشخاص الذين هم إما في عمر 65 وما فوق، أو الضمان الاجتماعي للعجز (SSD) (أنظر أدناه) لفترة سنتين متواصلتين، عميان قانونياً، أو بحكم غسل للكلى. المعلومات الواردة أدناه هي خلاصة مختصرة لتغطية Medicare؛ لمعلومات أكثر راجع موقع Medicare الرسمي في الشبكة، www.medicare.gov. القسم A: مجاناً لك (مدفوع من قبل إدارة برنامج الضمان الاجتماعي)، ولكن يمكن أن يشترى إن لم تجمع اعتمادات كافية للضمان الاجتماعي استناداً لسجل اشتراكاتك أثناء عملك. يمكنه تغطية الدخول إلى المستشفى، وسائل تمريض خبيرة (مع بعض التحديدات)، دور العناية، عناية تمريضية في المنزل، والعناية الصحية البيتية. الحسومات والمدفوعات المشتركة يمكن أن تكون مطلوبة. القسم B: يشترى بدفع أقساط شهرية. يغطي معظم الخدمات الطبية، فحوصات المختبر، خدمات العيادات الخارجية للمستشفى، الأجهزة الطبية، التجهيزات (عادة تشمل تجهيزات الفوهة)، والمعالجة الكيميائية، إن كانت مدارة من قبل مزوّدك للعناية الصحية. إن كنت مؤهلاً لـ Medicaid ومتطلباتها (أنظر أدناه)، فالاشتراك يمكن أن يدفع كجزء من برنامج يدعى Qualified Medicare Beneficiary Program. Medicare مبدئياً لا تغطي الأدوية الموصوفة (تلك التي لا تعطى من قبل طاقم المستشفى)، المحاقن، والأنسولين لمرضى داء السكر، المعالجات التجريبية، النقليات الطبية الروتينية (الإسعاف مغطاة في حالات خاصة)، أو الخدمات غير الطبية أو العناية الشاملة المنزلية.

- **Medicare Supplemental** (أو خطط "MediGap"): تشترى من قبلك والمقصود بها تقديم تغطية إضافية للأشخاص المنتسبين إلى Medicare، مثل تغطية الأدوية الموصوفة وفوائد أخرى. الحكومة قد وحدت هذه الخطط، وهذه توفر سلسلة من التغطية الإضافية. لمعرفة المزيد عن هذه السياسات، اطلب نسخة من "دليل التأمين الصحي للأشخاص المنتسبين إلى Medicare" (خدمات وزارة الصحة والموارد البشرية الأمريكية).
- **Medicare Managed Care** (Medicare HMOs): تعقد "ميدي كاير" اتفاقية مع Medicare HMOs معينة لإدارة تغطية تأمينك. تستمر أنت بالدفع إلى "القسم B". إن كنت منضماً لهكذا برنامج، فمن الممكن أن تتمتّع بفوائد إضافية، مثل تغطية الوصفات، تغطية الكشف الطبي، والعناية الصحية الوقائية. من الممكن أن يطلب منك أن تختار طبيب عناية أولية، ومن الممكن أن يكون هناك قيود إضافية، مثل أن تكون محصوراً بالعناية الطبية "داخل الشبكة"، وأن يطلب منك دفع رسومات إضافية، وأكثر.
- **الضمان الاجتماعي للعجز Social Security Disability** (SSD؛ إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكي، www.ssa.gov): يقدم مدخولاً شهرياً للعمال العاجزين وعائلاتهم مبنية على أساس الاشتراكات الشهرية السابقة وحالة العجز. إن أصبح الشخص عاجزاً كلياً قبل بلوغه سن التقاعد، بإمكانه أو بإمكانها استلام دفعات SSD بعد 6 أشهر إن كان أو كانت لديها (1) اعتمادات ضمان اجتماعي كافية، و(2) إعاقة جسدية أو عقلية من المتوقع أن تمنعه من إنجاز عمل مهم لسنة أو أكثر، أو في حالة يتوقع أن تنتهي بالموت.
- **الضمان الاجتماعي** (SS؛ إدارة الضمان الاجتماعي، www.ssa.gov) الضمان الاجتماعي يقدم دفعات شهرية للأشخاص بعمر 65 وما فوق والوارثين (بعد موت المستفيد، وهذا يشمل التابعين). الأهلية تشترط المساهمة بـ SS خلال سجل العمل السابق للشخص، وقيمة الدفعة تبنى على معادلة تأخذ بعين الاعتبار القيمة التي ساهمت بها.
- **المنافع المقدمة إلى قدماء المحاربين**: إن كنت من قدماء المحاربين

الأمريكيين، اتصل بإدارة شؤون قدماء المحاربين للبحث عن الفوائد المؤهل لها (بما فيها مساعدة مالية محتملة أو عناية طبية). قدماء المحاربين المؤهلون يمكنهم الاستفادة من حسومات على الأدوية الموصوفة.

البرامج المعتمدة على الوسائل المختبرة (جزئياً أو كلياً حسب المدخول والموجودات):

- **Medicaid** (وزارة الخدمات الاجتماعية، http://cms.hhs.gov/Medicaid): برنامج تأمين طبي للأشخاص الذين يعيشون بدخل محدود. الأهلية والتغطية تختلف من ولاية إلى ولاية، وبعض الولايات أكثر تشدداً من الأخرى حول حدود المدخول. يمكن أن تكون مؤهلاً إن كان لديك مدخول منخفض، لديك فواتير طبية عالية، وتقبض مدخول تأمين إضافياً (SSI)، و/أو مستوفياً متطلبات خاصة أخرى مثل وضع الجنسية. بعض المستشفيات يمكنها طلب Medicaid عند تلقيك العلاج فيها؛ تكلم مع قسم الخدمات المالية في المستشفى أو العامل الاجتماعي لتعرف أكثر عن هذا. أو بإمكانك الاتصال بمكتب Medicaid المحلي أو وزارة الخدمات الاجتماعية مباشرة؛ يوجد دليل لبرامج الولاية موصول بالشبكة.
- **Medicaid Managed Care**: مشابه لـ Medicare Managed Care، بعض الولايات قد سمحت لمستفيدي Medicaid بالانتساب إلى خطط العناية الخاضعة للإدارة. في بعض الولايات، فقد تمّ إدراج المستفيدين أوتوماتيكياً في هذه البرامج. مهما يكن، فإن شخصاً مشخصاً بالسرطان يكون بإمكانه أن يلغي انتسابه لهذه البرامج إذا وجد أن عقود العناية الخاضعة للإدارة هي متشددة جداً. اتصل بوسيط التأمين التابع للعناية الخاضعة للإدارة أو مكتب Medicaid للاستقصاء عن عملية إلغاء الانتساب.
- **دخل الضمان الإضافي Supplemental Security Income** (SSI؛ إدارة التأمين الاجتماعي الأمريكي، www.ssa.gov): تقدّم مدخولاً شهرياً للأشخاص المستحقين فوق عمر 65، أو للعميان أو المعاقين، ذوي الدخل المنخفض، الموجودات القليلة، و/أو سجل عمل رسمي. يمكنها أيضاً تأمين تقديمات

للأشخاص المنتظرين بدء دفعات SSD. الجنسية الأمريكية مطلوبة، مع استثناءات قليلة. إن كنت مؤهلاً لـ SSI، فلربما تكون مؤهلاً لـ Medicaid، قسائم الطعام (أنظر أدناه)، ومساعدات أخرى.

- **المساعدات العامة** (قسائم رفاهية/طعام؛ وزارة الخدمات الاجتماعية): تقدم مساعدات نقدية لذوي الدخل المنخفض لشراء الطعام، الملابس، والمسكن. المساعدات تختلف حسب الموجودات، المدخول، الإيجار/الرهن، الترتيبات المعيشية، نفقات العمل، وحاجات خاصة أخرى. بعض الولايات تطلب من المستفيدين أن يعملوا، وإن كانوا غير قادرين على العمل بسبب مرض صحي، فيمكن أن يطلب منهم الخضوع لفحص طبيب من أجل الاستثناء. قسائم الطعام تقدم حصة شهرية من الكوبونات لبيوت الدخل المنخفض لشراء الطعام من محلات البقالة والوجبات في بعض المطاعم.

المساعدة المالية

بعض الوكالات التي لا تستهدف الربح ومصادر جاليات أخرى يمكنها أحياناً توفير مساعدة محدودة، ومؤقتة للإسكان، والنقل، والتكاليف الطبية الأخرى التي لا تغطى بواسطة التأمين للأفراد المؤهلين. مقدمو الطلبات يمكن أن يطلب منهم لتعبئة تقييم مالي. مثل هذه المنظمات تشمل Cancer Care, Inc., American Cancer Society، جمعيات خيرية محلية، وقسم العمل الاجتماعي التابع لمستشفاك أو إدارة الخدمات المالية. مهما يكن، فالمصادر محدودة وتوفر الأموال ليس ثابتاً، وربما ترغب بالاتصال مباشرة بهذه الأماكن مباشرة من أجل الحصول على المعلومات. بعض شركات الأدوية توفر أدوية مجانية أو منخفضة الثمن بكميات محددة وذلك كجزء من برامج "دواء متعاطف" أو "مساعدة المريض". إن كان لديك صعوبة بدفع ثمن بعض الوصفات، اسأل طبيبك أو الصيدلي عن الشركة التي تصنع هذه الأدوية. ثم، اتصل بالشركة لتحدّد ما إذا كانت تملك مثل هذا البرنامج وكيف يمكنك الاستفادة منه. بإمكانك المحاولة أيضاً بموقع NeedyMeds.com لتحصل على المعلومات عن دواء معين أو برامج شركة معينة.

97. ما هي العناية البيتية، وما الذي يمكنني توقّعه من العناية البيتية بعد جراحتي وخلال المعالجات الأخرى؟

العناية البيتية هي تعبير عريض يستعمل لوصف أنواع عدة من خدمات العناية التي تقدم في منزل الشخص. التعابير المتعددة المستعملة لأنواع مختلفة من العناية عادة ما تكون مربكة، لذا كن محدداً حول رغباتك واحتياجاتك عند مناقشة خيارات العناية البيتية. العناية البيتية الطبية عادة ما تتطلب أمراً من طبيب وعادة ما تشمل الحاجة إلى تمريض ذي خبرة، مثل العناية بجرح مفتوح، العناية بالفوهة، العناية بالتسريب infusion care. المساعد الصحي المنزلي (أحياناً يشار إليه كمساعد عناية شخصية) هو شخص مؤهل ليقدم "العناية الشخصية"، مثل المساعدة في الاستحمام، ارتداء الثياب، والتجول. عادة يعملون لدى وكالة عناية صحية منزلية ويمكنهم المساعدة أيضاً بالأعمال المنزلية الخفيفة. إن المساعد الصحي المنزلي عادة لا يكون مشمولاً بالتأمين إلا إذا كان مطلوباً بالارتباط مع حاجة تمريضية خبيرة. إن المساعد المنزلي (أو الخادم) هو الشخص الذي يساعد بالتسوق، تنظيف المنزل، الغسيل، الطبخ، والذهاب معك إلى المواعيد، وعادة لا يكون مشمولاً بمعظم عقود التأمين.

هنالك اعتقاد خاطئ بين المرضى بأنهم سيتمتعون أوتوماتيكياً بعناية بيتية مغطاة من قبل التأمين وذلك بعد خروجهم مباشرة، خصوصاً بعد الجراحة. شركات التأمين تتنوع بالتعابير المحددة لتغطيتهم، والبعض يغطي الاحتياجات التي تحتاج إلى مهارة، عادة الخدمات المقدمة من ممرضة مسجلة، معالج فيزيائي، معالج مساعد، أو أحدٍ يمتلك خبرات طبية أخرى. التغطية تشمل أحياناً عدداً محدداً من ساعات العناية البيتية كل أسبوع تحت إشراف ممرضة مسجلة. المرضى وعائلاتهم ربما يشعرون بأنهم خدعوا أن توقعوا أن يغطي التأمين المساعدة المتقدمة بالخبرة. هذه حالة مربكة بالإمكان تجنّبها بالتحضير المسبق. اتصل بوسيط التأمين واسأل حول تغطية التأمين للعناية المنزلية، وما هو مطلوب، بالضبط، للتغطية. بإمكانك أيضاً أن تطلب أجهزة طبية متينة، الجهاز

المساعد على المشي، كرسي متحرك، خزانة صغيرة بجانب السرير، أو سرير مستشفى، وذلك قبل الخروج من المستشفى لتعرف ما الذي يغطيه تأمينك. إضافة لذلك، من المهم للمرضى وعائلاتهم أن يعرفوا حدود العناية البيتية، ويبدأوا بعمل ترتيبات باكراً للعناية بالمنزل. إن هذا يدفع أفراد العائلة لمساعدة المريض المتماثل للشفاء بعد الخروج من المستشفى على الطبخ، التنظيف وحاجات أخرى، و/أو تقديم أنواع أخرى من المساعدة، مثل توفير النقل لزيارات المتابعة للطبيب.

إن كانت العناية البيتية مطلوبة من طبيبك ومغطاة بالتأمين، فإن عضو فريق تخطيط الخروج من المستشفى سيناقش نوع العناية التي تحتاج إليها ومتى ستتم الزيارة البيتية الأولية. أحياناً وكالة الخدمات البيتية ستقوم بالاتصال بك مباشرة للاتفاق على التفاصيل بعد إتمام الإحالة الرسمية. عادة ما تتم الزيارة الأولى من قِبَل ممرضة منفّذة مسجلة بعد يوم أو عدة أيام بعد خروجك. هو أو هي سيقيمون احتياجاتك وأيضاً منزلك لتقرير نوع العناية، وعدد الزيارات، وأي تجهيزات/مؤن يمكن أن تحتاج إليها. تأكد من وصف دقيق لتشخيصك، جراحتك، أو أي تأثيرات جانبية للمعالجة، كما أي أمور مقلقة أو أسئلة يمكن أن تكون لديك حول إدارة بيتك.

قبل أن تترك المستشفى، تأكد من أخذ أسماء وأرقام لمخطط خروجك من المستشفى (أو أي شخص يجب الاتصال به في المستشفى في حالة كان لديك أي مشاكل مع العناية البيتية التي تمّ طلبها)، اسم وكالة العناية البيتية، ومن الذي عليك التكلم معه في حالة طارئ صحي (حتى بعد دوام العمل). هذه المعلومات يجب تدوينها على أوراق الخروج من المستشفى التي تستلمها يوم مغادرتك المستشفى. أحياناً يغادر المرضى المستشفى بدون أرقام الاتصال المهمة هذه، وهذا ما يشكل إجهاداً زائداً إن كان لديهم أي سؤال لاحقاً. إن لم تعط هذه المعلومات لك، أو إن أضعتها، أطلبها وابقها بمتناول يدك حتى ترجع إليها عندما تحتاج إليها.

بالإضافة للعناية الطبية البيتية والعناية المقدمة من أفراد العائلة أو من

صديق، بإمكانك أيضاً البحث عن وكالات محلية التي تقدم خدمات منوعة لبيت الشخص، مثلMeals on Wheels (حيث تسلم وجبات محضرة ورخيصة مباشرة إلى منزلك)؛ مراكز المسنين؛ منظمات خاصة لا تستهدف الربح التي تخدم المسنين أو الأفراد المعوقين؛ الوكالات المتطوعة؛ والكنائس، والمعابد، ومراكز دينية أخرى. إن شعرت بأنك غير قادر على تدبر أمرك بأمان أو بسهولة في المنزل، ناقش خيارات أخرى مع العائلة ومخطط خروجك من المستشفى، مثل عناية بيتية خاصة مدفوعة الأجر، وضع ممرضة بالبيت، أو خيارات معيشة مساندة. New LifeStyles (newlifestyles.com) هو مصدر جيد للبحث عن أنواع العناية البيتية، وضع الوسائل، وبعض الترتيبات المعيشية البديلة الأخرى (مثل "المعيشة المساندة").

98. ما هو وكيل العناية الصحية والوصية خلال الحياة؟

عملية الموت في الثقافة الغربية قد تغيرت بشكل جذري في وجه التقنيات الطبية الحديثة التي تنقذ وتحافظ على الحياة. مع هذا التقدم تأتي قرارات صعبة حول متى نستعمل، أو نسحب، مثل هذه المعالجات. حتى مع أفضل المعالجات المتوفرة اليوم، من الممكن أن يأتي وقت حين ينمو سرطانك متخطياً كل المعالجات التقليدية. خلال هذا الوقت، بسبب انتشار السرطان إلى الكبد، الرئتين، أو الدماغ، من الممكن أن لا تتمكن من اتخاذ قرارات تتعلق بعلاجك أنت. أفراد عائلتك (أو شخص آخر تعينه) سيأخذ عندها القرارات الطبية بالنيابة عنك. ومن أجل تسهيل عملية اتخاذ القرار ومواجهة قضايا التواصل، والقضايا العاطفية، وأحياناً الأخلاقية التي تنشأ، فقد أُنشأ جهاز قانوني، ويختلف بين ولاية وولاية. التعبير العام المستعمل هو التعليمات المسبقة، وهي وثيقة قانونية توضع في سجلك الطبي تصف رغباتك المتعلقة بالتدخلات الطبية المنقذة للحياة في حالة عدم استطاعتك نقل رغباتك مباشرة. هذا يسمح لك بالتحكم في علاجك والمحافظة على كرامتك في هذه الظروف المعقدة.

التوجيهات المسبقة

وثيقة قانونية تصف رغباتك بالنسبة للمعالجة في حالة عدم قدرتك على إيصال رغباتك مباشرة.

الوصية خلال الحياة

وثيقة تصف رغبات الفرد بالنسبة إلى إجراءات طبية معينة تبقي على الحياة في مرحلة نهاية الحياة.

الوصية خلال الحياة تصف رغبات الفرد فيما يتعلق بالخطوات الطبية المعينة الداعمة تجاه نهاية الحياة، والتي تسمح لك بأن تكون محدداً فيما يتعلق بالمعالجات المتنوعة. استعمال التهوئة الدائمة مع جهاز تنفس، ووضع الأنابيب للتغذية الصناعية، وجهاز إنعاش القلب (CPR) هي مواضيع مشتركة للتوضيح في الوصية خلال الحياة. توثق المعلومات في سجلك الطبي وهي توجه القرارات لتنظيم علاجك إذا دعت الحاجة. لتوضيح أكثر، يمكنك تعيين وكيل عناية صحية ليساعد في أخذ القرارات الطبية إن كنت عاجزاً عن اتخاذها بنفسك. وكيل العناية الصحية هو آخذ القرارات الطبية المعين رسمياً، معرّف عنه شفهياً أو بواسطة وثيقة قانونية، والذي يتصرّف بالنيابة عنك إن أصبحت غير قادر نهائياً أو مؤقتاً على أخذ القرارات الطبية.

وكيل العناية الصحية

أحياناً يدعى الوكيل الطبي القانوني أو وكيل العناية الصحية؛ آخذ قرارات طبية معين رسمياً (معرّف بوثيقة قانونية أو تعريف شفهي) له صلاحية التحرك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات طبية بنفسك.

بعض الولايات لديها قوانين الموافقة العائلية، موجدة تسلسلاً واضحاً من أفراد العائلة ليُعرّف عنهم كآخذي القرارات الطبية بالوكالة إن لم تكن قد عينت وكيلك بصورة أخرى. إن كنت تعيش في ولاية كهذه، فمن المهم لك أن تعرف عن وكيل عنايتك الصحي الرسمي إن لم تكن تريد قريبك المعين من قبل الولاية ليكون وكيلك. على سبيل المثال، القوانين عادة لا تعترف بالشركاء غير المتزوجين (حتى ولو كنتم سوية لوقت طويل) كجزء من السلسلة. بدلاً من ذلك، الوالد أو الابن البالغ، أو قريب أبعد يمكنه أن يعين كوكيل لك ويكون بإمكانه أن يتخذ القرارات المصيرية حول علاجك. لهذا السبب، عادة يكون من الأفضل أن يكون وكيلك شخصاً تربطك به علاقة وثيقة ويكون على علم بمشاعرك حول الإجراءات القصوى لإنقاذ الحياة في حالة المرض النهائي.

في الولايات التي ليس لديها قوانين موافقة عائلية، مثل ولاية نيويورك، من

المهم جداً أن تعيّن وكيل عناية صحية وتناقش معه رغباتك، لأن فرداً من العائلة قد لا يتمتع بحق قانوني ليأخذ القرارات بالنيابة عنك بدون أن يعرّف رسمياً بأنه وكيل عنايتك الصحية.

طلب عدم الإنعاش

يملي الخطوات كي تتخذ إذا وجد المريض متجاوباً بأدنى دلائل الحياة. ويحدد إذا ما كانت الخطوات الطبية، مثل التنبيب أو CPR، يجب تطبيقها.

عنصر مشترك للتوجيهات المسبقة والوصية خلال الحياة هو طلب DNR الذي يعني "لا تلجأ للإنعاش". إن طلب DNR يحدد الخطوات التي يجب أن تؤخذ عند وجود مريض لا يتجاوب إلا بالحدود الدنيا مع وجود علامات دنيا على الحياة. إن هذا الطلب يحدد إن كانت خطوات طبية، مثل التنبيب أو CPR، يجب إجراؤها إن كان المريض في حالة سكتة قلبية. إن قانون التقرير الذاتي للمريض الذي وضع بالتنفيذ عام 1991 أعطى كل المرضى الحق بقبول أو رفض مجهودات الإنعاش وذلك بالتوافق مع قوانين الولاية أو القوانين الأخرى.

إن طلب DNR هو قضية صعبة لكل المرضى، العائلات، ومقدمي العناية الصحية. إنه موضوع وقرار يحتمل العواطف، ويمكن أن يحدث نزاعات بين الأشخاص المعنيين إن كان هناك عدم توافق على المسار الصحيح للتصرف. مثلاً بعض المرضى وأفراد العائلة من الممكن أن يعتقدوا، أنه تحت كل الظروف، فإن كل الجهود يجب أن تبذل لإطالة الحياة ولهذا فهم سيرفضون طلب DNR. بعض الأشخاص الآخرين يمكن أن يعتقدوا أن الموت يجب أن يحدث بصورة طبيعية أكثر، بدون دعم للحياة والتدخلات الطبية الأخرى، ويوافقون على طلب DNR.

إن طلب الـ DNR هو قضية صعبة.

آخذو القرارات بالوكالة الذين يوافقون على طلب DNR قد يشعرون بالذنب بأنهم قد يئسوا، حتى ولو كانوا يتصرفون بناءً للرغبات المعلنة للمريض. الأطباء قد يشعرون خطأً وكأن الموت يمثل فشلاً شخصياً في عملية أخذ قراراتهم الطبية وحكمهم على الأمور. إن طلب DNR هو حق للمريض، مهما يكن، فهو مصمم

خصيصاً حتى يتمكّن المرضى من أن يكون لهم القــدرة علــى اتخــاذ قــرارات المعالجة. كل المشاعر الشخصية والنزاعات يجب أن تهدأ بفهم رغبات المــريض الحقيقية. إضافة لذلك، من المهم أن تعرف أن طلب DNR لا يعني انسحاباً للعلاج. المرضى لن يفصلوا لجناح خاص من المستشفى ويتركون، "بانتظار أن يموتــوا"، واحتياجاتهم الطبية، مثل تخفيف الألم أو العلاجات الطبية الداعمة الأخرى، ســوف تقدم لهم. طلب DNR يقفز إلى الواجهة عندما تتطلب حالة المــريض أن يخضــع للإنعاش.

بالإضافة إلى حماية نفسك بواسطة التعليمات المسبقة، ابــدأ بنقــاش حــول رغباتك مع فريق عنايتك الصحية ومع عائلتك، خصوصــاً مــع وكيلــك للعنايــة الصحية - ليس فقط لدعم رغباتك، ولكن كي يفهم رغباتك كل من طبيبك ووكيــل عنايتك الصحية. هذا سيساعدهم على اتخاذ القرارات. وهذا يرفع عن كاهل عائلتك وأصدقائك عبئاً ثقيلاً باتخاذ هذه القرارات لأنهم لن يلجأوا للتخمــين أو لتضــارب الآراء حول رغباتك.

99. يقول الأطباء بأنه ليس بإمكانهم فعل أي شيء لمعالجة سرطاني ونصحوا ببرنامج راحة. ماذا أفعل الآن؟ أن أستسلم فقط؟

تعقيب كايت:

حتى الإنسان في أواخر أيام حياته ما يزال حياً ويكافح السرطان. برنامج الراحة يقدم مسكنات الألم والدعم العاطفي حتى يكون بالإمكان تمضية الوقت مع العائلة، وتقال كلمات الوداع، وإنهاء العمل الأخير بالحياة. إنه ليس استسلاماً أبداً، ولكنه أخذ للخطوات التالية.

هذه الفترة عادة ما تكون مملوءة بالقرارات المهمة. تأكد بأنك تفهم جيداً مــا يقوله لك الطبيب. هو أو هي ربما لا يكون قادراً على إعطائك توقعاً محدداً لســير المرض، لكن تأكد أنك تفهم بوضوح ما يقوله الطبيب عن حالتك. لماذا، بالضــبط، هل لم يبقَ شيء للإنجاز؟ إن كنت مهتماً بتلقي المزيد من العلاج، تأكد من سؤالك

عن العلاجات الأخرى المتوفرة، بما فيها العلاجات التجريبية. تذكّر أنك تملك دائماً الخيار بالبحث عن رأي طبي آخر.

بعد التقصي عن خياراتك، لربما تقرّر إيقاف المعالجة، وهذا يكـون أحيانـاً أصعب القرارات على المرضى، والأطباء، التي يأخـذونها. الأطبـاء يسـتعملون كلمات مختلفة ("ملطفة"، "المعالجة المساندة"، "العلاج المتعاطف"، و"علاج الراحة") للدلالة على تغير تركيزهم على المعالجة أو إطالة الحياة نحو التركيز على معالجة أعراض السرطان خلال المراحل النهائية من تطور المـرض. العـلاج الملطـف الفعّال أحياناً يتضمن العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، أو الجراحـة للمسـاعدة على إزالة هكذا أعراض. المعالجة المساندة، العلاج المتعاطف، وعـلاج الراحـة أيضاً تشير كلها إلى إدارة الأعراض، عادة باستعمال الدواء، ويمكن أن يكون مـن ضمنها برنامج الراحة.

برنامج راحة

نوع من العناية يركّز على تحسين نوعية الحياة بشكل معاكس لإطالة الحياة عندما لا يتطلع الشخص إلى المعالجة الشفائية لسرطانه أو سرطانها.

الأخصائيون الطبيون يمكن أن يستعملوا أيضـاً كلمة "برنامج راحة" وأحياناً يفترضون أنك تعـرف معناها. الراحة هي نوع من العنايـة تركّـز علـى تحسين أو الإبقاء على نوعيـة الحيـاة، باعتبارهـا العكس لإطالة الحياة، حين يكون الشخص لـم يعـد يقصد العلاج لشفاء سرطانه أو سرطانها. برنـامج الراحة يمكن أن توفر إما في البيت أو في مركز داخلي. برنامج الراحة يركّز على إدارة الأعراض، وهذا يعني تخفيف الألم، الغثيان، والكآبة العامة التي هي مشتركة للناس خلال عملية الموت. برنامج الراحة مجهّز بممرضين، أطباء (الذين بإمكانهم تعديل أدوية الألم)، عاملين اجتماعيين، أطباء نفس، رجال دين، وموظفين داعمـين آخرين. بإمكانك قراءة المزيد عن برنامج الراحة. إن كنت تعتقد أن الوقت مناسب، بإمكانك سؤال طبيبك عن علاج برنامج الراحة إذا لم يبادر هو أو هي إلى الحديث معك.

برنامج الراحة يركّز على إدارة الأعراض.

إن كان علاج برنامج الراحة مناسباً، واخترت هذا النوع من العلاج، فخدمات برنامج الراحة تقدّم لك الدعم لك والمعتنين بك خلال هذه المرحلـــة مـــن حياتـــك. العديد من الأشخاص يخافون من علاج برنامج الراحة، معتقدين أنهم بذلك قد فقدوا الأمل. لا تفكر ببرنامج الراحة هكذا. وأبعد من ذلك، قبول علاج برنامج الراحـــة سوف لن يسرّع موتك. على العكس من ذلك، سوف تعـــالج أعراضـــك بصـــورة أفضل حتى تستطيع أن تقضي وقتاً بصورة أفضل مع أحبائك ولكـــي تســـتطيع أن تستمتع بالوقت الذي بقي لك أكثر ما يمكن.

إن إنهاء علاج لم يفلح بشفاء السرطان هو عادة صدمة للمرضـــى ولأفـــراد عائلاتهم. على سبيل المثال، من الممكن أن تشعر باليأس، بالضعف، و/أو بالغضب (على طبيبك لعدم قدرته على شفائك، أو على نفسك "لعدم محاربتك بالقوة الكافية"). كل هذه هي ردود فعل طبيعية. العواطف مثل الحزن، الفقدان، واليأس أحياناً تتبع. أناس آخرون يمكن أن يكونوا قد حضرّوا أنفسهم لهذا الوقت أن يـــأتي ويمكـــن أن يكونوا أكثر تقبلاً لموتهم المحتم، بالأخص إن كانوا قد ناقشوا هذه القضايا من قَبْـــل مع أعضاء نظام الدعم.

خلال هذا الوقت، الأشخاص الذين هم في حالة متقدمة من المرض عادة مـــا يركِّزون على جعل آخر أيامهم تبدو أكثر إيجابية ما أمكنهم ذلك. إن كنت في هـــذا الظرف، فهناك بعض الأسئلة التي تسألها لنفسك والتي يمكن أن تساعدك على فهم كيفية شعورك وماهية رغباتك في هذا الوقت. هل تريـــد أن تكـــون بالمستشـــفى؟ بالبيت؟ بمركز برنامج راحة؟ هل تريد أن لا تشعر بالألم؟ مـــن تريـــد أن يكـــون معك؟ ماذا تريد أن تفعل قبل أن تموت؟ التعبير عن مشاعرك تجاه الذين تحـــبهم؟ تصالح أحداً؟ الصلاة والتركيز على روحانيتك؟ هل لديك مهمات دينية معينة تريـــد إتمامها؟ هل تعتقد بالحياة الثانية؟ وإن كان الحال كذلك ماذا تتخيل؟ هل هذا مخيف لك أم مهدئ؟

الإجابة صعبة عن هذه الأسئلة. ومناقشتها مع الآخـــرين يمكـــن أن تكـــون

أصعب. هذا هو الوقت الذي ينظر فيه العديد من الناس وراءهم إلى حياتهم، مركزين على علاقاتهم، معنى الموت والحياة، وربما علاقتهم مع الله. من الممكن أن تعاني من الفهم النفساني والتعامل مع موتك. وأيضاً من الممكن أن تعاني لتساعد عائلتك في التعامل مع موتك؛ من الممكن أن يتفهموا أو لا يتفهموا قراراتك. من الممكن أن تكون لديك أسئلة وجودية بقيت دون إجابة، أو من الممكن أن تشعر بالقلق حول تركك من تحب. كل هذه القضايا وأكثر منها يمكن أن يبرز. عادة، لقاء رجل دين، عامل اجتماعي، أو طبيبك يمكن أن يساعد في إيجاد أجوبة للأسئلة وبالتخفيف من الكآبة حول قضايا عامة تبرز أثناء المراحل الأخيرة من الحياة.

100. أين يمكنني إيجاد معلومات إضافية عن سرطان القولون والمستقيم؟

من غير الممكن أن تناقش كل المظاهر المحتملة لسرطان القولون والمستقيم في كتاب صغير واحد. مواقع "الوب" والنشرات الطبية بإمكانها أن تكون مساعدة لمرضى سرطان القولون والمستقيم وعائلاتهم.

مسرد بالمصطلحات

Abdominoperineal resection (APR): الإزالـة الجراحيـة للشـرج، المسـتقيم، والعضلات المحيطة بالقناة الشرجية. ولأن عضـلات المصـرة الشـرجية تزال، فإن تفميماً قولونياً دائماً يكون ضرورياً.

Acupuncture: معالجة صينية تشمل استعمال إبر رفيعة توضع في نقاط ضـغط خاصة على الجسم.

Adenocarcinoma: ورم سرطاني ينشأ من الخلايا الغدّية.

Adenoma: ورم غدي ينشأ في الطبقة المخاطية للقولون. إنه آفـة حميـدة (غيـر سرطانية) ويكون محدوداً بالطبقة المخاطية. مهما يكن، فهذه الأورام الغدية هي سابقة للأفات الخبيثة ومع الوقت تتحلل إلى ورم غزوي.

Adenoma-carcinoma sequence: العملية التي يتحوّل بها ورم غدي حميـد إلـى سرطان.

Adjuvant therapy: خيار معالجة غير جراحية للسرطان تساعد علـى تحسـين فرص النجاة على المدى البعيد.

Advance directive: وثيقة قانونية تحدد رغباتك للمعالجة في حالة عجـزك عـن إيصال رغباتك مباشرة.

Amsterdam criteria: توجيهات فحوص تستعمل للتعـرف علـى عـائلات مـع سرطان القولون الوراثي غير السليلي (HNPCC).

Anal canal: نهاية القناة المعدية المعوية حيث المستقيم محاط بعضلات المصـرة الشرجية.

Anal sphincter: رباط عضلي يسمح لنا بالاحتفاظ باحتباس البِراز.

Anastomosis: وصلة جراحية بين نهايات الأمعاء.

Anemia: تعداد متناقص لخلايا الدم الحمراء.

Angina: الألم الصدري الناتج عن داء تصلب شرايين عضلة القلب.

Antibody: جزيء في جهاز المناعة للجسم يتعرّف على المواد الغريبة من البكتيريا وخلايا السرطان.

Anticoagulant: أدوية تكبح تجلط الدم الطبيعي.

Antihypertensive: أدوية تستعمل لخفض ضغط الدم.

Aorta: الوعاء الدموي الشرياني الرئيسي الطالع من القلب.

Artery: أي وعاء دموي الحامل للدم (عادة مؤكسج) بعيداً عن القلب للأعضاء الأخرى.

Barium enema: فحص بأشعة – X للقولون باستعمال مادة تباين لتوضيح المنطقة الخاضعة للفحص.

Benign: ورم يفتقر إلى القدرة على الغزو أو الانتشار.

Biopsy: عملية يزال فيها النسيج ويفحص.

Bolus: جرعة من الدواء تعطى وريدياً دفعة واحدة، بدلاً من الضخ البطيء.

Bowel: كلمة أخرى للمعى.

Brachytherapy: معالجة إشعاعية تحتوي على وضع قسطرات صغيرة (أنابيب مجوفة) جراحياً في الجسم والتي توجّه الأشعة إما إلى أو لجوار موقع السرطان.

Cancer: النمو غير المنظم وغير المتحكم به للخلايا.

Carcinogenic: له القدرة على التسبب بالسرطان.

Carcinoid tumor: ورم مؤلف من خلايا غدد صماء عصبية (منتجة للهورمونات).

Carcinoma in situ: خلايا خبيثة محصـــورة فـــي الطبقـــة المخاطيـــة للقولـــون والمستقيم، لكن لا تهاجم الطبقة تحت المخاطية الموجودة تحتها. هـــذا هـــو أبكر مرحلة ما قبل سرطانية القولون. هذه الأورام ليس بإمكانها الانتقال إلى أماكن بعيدة.

Catheter: أنبوب فارغ يستعمل لتصريف أو ضخ سائل.

CEA (carcinoembryonic antigen) level: فحص للكشف عن بروتين يكوّن عادة بواسطة سرطانات القولون. يستعمل أساساً كفحص كاشف لسرطان القولون المتكرر.

Cecum: تركيب بشكل جيب والذي هو أول قسم من القولون.

Cell: أصغر وحدة تركيبية لكائن حي.

Chemoradiation: معالجة مؤلفة من معالجة كيميائية ومعالجة إشعاعية.

Chemotherapy: استعمال الأدوية لمعالجة الأمراض، وفي هذه الحالة، السرطان.

Chromosomes: تركيبات خيطية الشكل داخل نواة الخلية تحتوي على التعليمـــات الجينية لعمل الخلية.

Colectomy: الإزالة الجراحية الكاملة أو الجزئية للقولون.

Colitis: التهاب القولون.

Colon: قسم من الأمعاء الغليظة يبدأ بالأعور ويكمل حتى نهاية القولـــون الســـيني حيث يبدأ المستقيم.

Colonoscopy: تنظير داخلي بالفيديو لكامل القولون.

Colorectal surgeons: أطباء يتخصصون فـــي جراحـــة الاضـــطرابات الحميـــدة والخبيثة للقولون والمستقيم؛ وأيضاً يجرون تنظيراً داخليـــاً للقنـــاة المعديـــة المعوية السفلى.

Colostomy: فوهة (أنشوطة من الأمعاء تخرج جراحياً من خلال الجدار البطنـــي) وتكوّن باستعمال القولون.

Complementary therapy: معالجة حديثة تهدف لاستخدامها إلـى جانـب خيـار المعالجة المعتمدة الموثوقة.

Computed tomography: فحص إشعاعي يستخدم أشـعة – X لإنتـاج صـورة كمبيوترية ثنائية الأبعاد للمكان الذي يجري فيـه المسـح فـي الأشـخاص المشخصين بسرطان القولون، فحص CT المسحي يستعمل بالأساس لتقيـيم الكبد بحثاً عن انتشار نقائل.

Corticosteroids: أدوية تحاكي جهاز المناعـة وتسـتخدم بمعالجـة داء التهـاب الأمعاء.

Crohn's disease: داء التهابي معوي بإمكانه التأثير في أي جزء من القناة المعدية المعوية. داء كرون للقولون يتميز بعملية التهابية تمتد خلال كامـل الجـدار ويمكنه التسبب بتضيقات وبناسورات (وصلات شاذة بين عضوين).

Cryoablation: تقنية غزوية تدمّر خلايا الورم من خلال تجميـد وإذابـة النسـيج الخبيث.

Defecation: فعل تحريك الشخص لأمعائه.

Diverticulitis: التهاب الرتج.

Diverticulosis: عدة رتوج داخل القولون. أكثر ما توجد في القولون السيني.

Diverticulum: تكيّسات شاذة للغشاء المخاطي تبرز من خلال الجدار القولوني.

DNA (deoxyribonucleic acid): الكتل (الوحدات) البنائية للكروموسومات.

Do-not-resuscitate (DNR) order: يحدّد الخطوات الواجـب اتخاذهـا إن وجـد المريض يتجاوب بأدنى علامات الحياة. إنه يفـرض إن كـان للخطـوات الطبية، مثل التنبيب أو CPR، يجب أن تطبق.

Dysplasia: اكتشافات مجهرية لنمو خليوي متميز بتكاثر الخلايا المتميـزة بنـوى شاذة الأشكال.

Electric cautery or Electrocautery: استخدام الكهرباء لتدمير نسيج.

Endometrium: البطانة داخل الرحم.

Endorectal ultrasound: فحص راديوي يستعمل الأمواج الصوتية المُنْكَسِرَة لتقييم انتشار ورم محلي داخل المستقيم.

Endoscope: آلة مضاءة تستعمل للنظر داخل تجويف الجسم.

Endoscopy: استعمال آلة مضاءة للنظر داخل تجويف تجويف الجسم.

Enterostomal specialist: عادة ممرض مع تدريب خاص بالعناية بالفوهة والتغيرات الجسدية بعد الجراحة.

Epidermis: أقصى الطبقة الخارجية للجلد.

Epidural anesthesia: التخدير الذي يجرى خلال قسطرة صغيرة والتي تدخل إلى فراغ فوق الجافية حول الحبل الشوكي.

Esophagus: أنبوب عضلي يصل ما بين الفم والمعدة.

Excision: إزالة جراحية.

External-beam radiation therapy: معالجة إشعاعية تعطى من خلال الجلد.

FAP (familial adenomatous polyposis): داء يتميز بتطور سليلات ورمية غديّة خلال القولون، وعادة بسن مبكر.

Fecal occult blood testing (FOBT): فحص مخبري يختبر البراز بحثاً عن آثار دماء.

Fistula: وصلة شاذة بين عضوين مجوفين.

Food and Drug Administration (FDA): وكالة حكومية مسؤولة عن إجازة الأدوية والمعالجات الجديدة في الولايات المتحدة.

Gardner's syndrome: متفرّع عن داء السليلات الورمية الغدية الأسري المرتبط بأورام العظام، السليلات، والأورام البطنية.

Gastric: متعلق بالمعدة.

Gastroenterologist: طبيب صحة عامة يتخصص باضطرابات القناة المعدية المعوية.

Gastrointestinal (GI) tract: مجموعة من الأعضاء تشترك بهضم وامتصاص الطعام الذي نأكله.

Gene: قسم من DNA داخل الكروموسوم يحتوي على معلومات لتكوين بروتين واحد.

Germline mutations: أخطاء في الشيفرة الجينية تنتقل بين أفراد الأسرة.

Grade: قياس حجم الورم.

Health care proxy: أحياناً يدعى الوكيل القانوني أو وكيل العناية الصحية؛ آخذ قرارات معين رسمياً (معرّف بوثيقة قانونية أو تعريف شفهي) له صلاحية العمل إن أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات الطبية بنفسك.

Hemoglobin: بروتين في الدم مسؤول عن نقل الأكسجين.

Hepatic: يتعلق بالكبد.

Hepatic artery infusion (HAI): تقنية تستعمل مضخة لإدخال جرعات عالية من العلاج الكيميائي مباشرة إلى مجرى الدم للكبد.

Hereditary nonpolyposis colon cancer (HNPCC): متلازمة لسرطان القولون الوراثي وسرطانات أخرى مشابهة وغير مرتبطة بمتلازمة السلسلات الغدية الأسري. عادة يشار إليها كمتلازمة لينش.

Hernia: أنشوطة من الأمعاء أو من عضو تبرز خلال فتحة غير طبيعية بالجسم.

Histologic: ظهور مجهري.

Hormones: مرسالات كيميائية تمر في مجرى الدم وتؤثر في الأعضاء الأخرى.

Hospice: نوع من العناية يركّز على نوعية الحياة كشيء مضاد لإطالة الحياة في حالة أن الشخص لا يلجأ للعلاج بقصد الشفاء من سرطانه أو سرطانها.

Hyperproliferation: نسبة انقسام وتكاثر عالية بشكل شاذ.

Hypertension: ضغط دم عالٍ.

Hypnosis or hypnotherapy: نوع من المعالجة، بإدارة أخصائي متدرب، يساعد الناس بالتركيز على قضية معينة أو إحساس معين بهدف معالجة معضلة

معينة، مثل الألم أو الإجهاد. باستطاعة الناس أن يتعلموا كيفية تنويم أنفسهم مغناطيسياً.

Ileocecal valve: وصلة ما بين الأمعاء الدقيقة والغليظة.

Ileostomy: فوهة تكوّن بأمعاء دقيقة.

Ileus: تأخر في وظائف الأمعاء بعد جراحة بطنية.

Impotence: عدم القدرة على الحفاظ على الانتصاب الكافي للقيام بنشاط جنسي.

Imuran: دواء يكبح جهاز المناعة للجسم. أميوران يستخدم لمعالجة مرض التهاب الأمعاء.

Incidence: عدد الحالات الجديدة لمرض ما بمدة زمنية معينة، عادة تكون سنة.

Insufflation: نفخ الهواء إلى تجويف بالجسم.

Insulin: هورمون مسؤول عن تثبيت سكّر الدم.

Intestinal fluid: يحتوي على المغذيات التي تم امتصاصها والفضلات الخليوية الناتجة والتي يعاد تدويرها مرة أخرى لمجرى الدم ليجري تأيّضها وإزالة السمّية منها.

Intravenously: أدوية تعطى من خلال الوريد.

Ischemia: تدفق دم غير كافٍ ينتج عنه أكسجة أنسجة غير كافية.

Jaundice: الأعراض المترافقة مع فشل كبدي خصوصاً اللون الأصفر لجلدك وبياض عينيك.

Large intestine (colon and rectum): العضو الأخير في القناة المعدية المعوية. دوره امتصاص الماء والمغذيات من ناتج الهضم.

Living will: وثيقة تحدّد رغبات الفرد فيما يتعلق بإجراءات طبية معينة مساعدة في مرحلة نهاية الحياة.

Low anterior resection: استئصال المستقيم السفلي من خلال شق في أسفل وسط البطن.

Lumen: المساحة داخل عضو مجوف.

Lymph nodes: تراكيب صغيرة بشكل حبة البازلا التي تصفي العصارة الهضمية من البكتيريا، السموم، والسرطان.

Magnetic Resonance Imaging (MRI): دراسة إشعاعية تشخيصية تستعمل التقنية النووية، من ضمنها إشارات الذبذبات الراديوية ومجال مغناطيسي قوي، لإنتاج صور ثلاثية الأبعاد لداخل الجسم، وتخطيط العضلات، العظم، الأوعية الدموية، والنسيج الورمي. بشكل مغاير للتصوير الإشعاعي العادي أو فحص CT المسحي، فالـ MRI لا يعرض المرضى للأشعة المؤينة.

Malignant: الورم الذي بإمكانه الغزو والانتشار.

Mediport (Port-a-Cath): قسطرة مركزية وريدية توضع داخل الجلد وتستعمل عادة للمعالجة الكيميائية الطويلة الأمد.

Mesentric vessels: الأوعية الدموية التي تغذي الأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة. الأوعية الليمفاوية التي تصفي القولون والمستقيم هي مجاورة لهذه الأوعية.

Mesentery: الأنسجة الدهنية المحيطة بالأوعية الدموية التي تغذي الأمعاء.

Metastases: الانتشار البعيد للسرطان من عضوه الأصلي.

Mortality: نسبة الوفيات من اضطراب معين.

MRI: أنظر Magnetic resonance imaging.

Mucosa: بطانة الغشاء الرطب داخل القولون المحتوي على غدد صغيرة تفرز المادة المخاطية.

Muscularis: الطبقة العضلية للجدار المعوي.

Mutation: خطأ جيني.

Myocardial infraction: تلف خلايا القلب كنتيجة نقصان جريان الدم؛ نوبة قلبية.

Nasogastric (NG) tube: أنبوب سحب يوضع خلال الأنف نزولاً إلى المريء والمعدة لسحب المحتويات المعدية.

Neoadjuvant therapy: معالجة إشعاعية ومعالجة كيميائية تعطى قبل الجراحة.

Neoplasm: نمو غير طبيعي للخلايا، ورم.

Neuropathy: عرقلة بوظيفة عصب، أحياناً بسبب جروح، مثل تلك التي تحـدث خلال الجراحة.

Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID): فئة من الأدوية التـي تقلـل الالتهاب؛ تتضمن الأسبرين، أيبوبروفين، سوليندالك.

Occult: مُخَبَّأ؛ غير واضح للعين المجردة.

Ostomy: فتحة مكوّنة جراحياً من داخل إلى خارج الجسم.

Palliative therapy: معالجة غير شفائية بهدف جعل المريض أكثر راحة.

Pancolitis: التهاب قولون يشمل كامل القولون.

Pathology: الفرع من العلوم الذي يدرس طبيعة عمليات المرض.

Patient-controlled analgesia (PCA): مضخة موصولة إلى خط وريدي يسـمح لأدوية الألم كي تضخ ذاتياً بواسطة المريض.

Pedunculated polyp: سليلة تنمو على ساق.

Percutaneously: خلال الجلد.

Perineum: المساحة من الجسم حول الشرج والتراكيب الجنسية.

Peritoneal cavity: الجوف البطني.

Platelets: خلايا دم مسؤولة عن تجلط الدم.

Polyp: نمو مخاطي غير طبيعي.

Polypectomy: إزالة جراحية للسليلات.

Polyposis: الحالة التي يتكوّن فيها العديد من السليلات في عضو.

Positive coping: التعبير الذي استعمله المؤلفون للإشارة إلـى الطـرق الفريـدة للشخص للسيطرة على الكآبة، بما فيها التركيـز علـى موقـف إيجـابي، بالإضافة إلى التعرف ومواجهة ردود الفعل السلبية للإصابة بالسرطان.

Positron emission tomography (PET): دراسة إشعاعية تستعمل عملية الأيـض غير الطبيعي لخلايا السرطان للتعرف على رواسب نقائل.

Preadmission testing: إجراءات قبل جراحتك تتضمن فحوص اختبارات دم، مخطط كهربائية القلب، وأشعة - X للصدر.

Precancer: خلايا شاذة تفتقد القدرة على الانتشار.

Proctectomy: الإزالة الجراحية للمستقيم.

Proctocolectomy: الإزالة الجراحية للقولون والمستقيم.

Proctoscopy: تقييم المستقيم باستعمال منظار داخلي ثابت أو طيّع.

Prognosis: المسار المتوقع للمرض.

Progressive relaxation: طريقة لتقليل الإجهاد يركّز فيها الشخص على التنفس واسترخاء أعضاء الجسم إفرادياً للوصول تدريجياً إلى وضع أكثر استرخاء وأقل إجهاداً.

Prophylactic: بهدف الوقاية.

Radiation therapy: استعمال الأشعة الكهرومغناطيسية العالية الطاقة لمعالجة السرطان بتدمير خلية DNA وتسبيب موت الخلية.

Radical surgery: جراحة مصممة لإزالة المنطقة المصابة وأيضاً المناطق التي يمكن أن تكون قد أصيبت بالمرض.

Radiofrequency Ablation: معالجة للسرطان تستخدم الحرارة لقتل الأورام.

Rectum: تركيب بشكل جيب داخل القسم السفلي من الأمعاء الغليظة يخزن فضلات البراز قبل التغوط.

Restorative proctocolectomy: عملية جراحية يتم خلالها إزالة كامل القولون والمستقيم، لكن يتم تكوين مستقيم باستخدام جيب مقتطع من الأمعاء الدقيقة (جيب - J).

Retrograde Ejaculation: تدفق السائل المنوي رجوعاً إلى المثانة بدلاً من التدفق خارجاً خلال القضيب.

Salvage resection: إزالة جراحية للسرطان بعد فشل المعالجات الأولية الأقل جذرية.

Sarcoma: سرطان سدوي يملك إمكانية عالية للانتشار.

Sensitvity: قدرة الفحص على تميز المرضى المصابين بالمرض.

Serosa: بطانة خارجية رقيقة لسطح الأمعاء.

Sessile polyp: سليلة مسطحة المظهر.

Sigmoid colon: أنشوطة بشكل "S" من القولون قبل المستقيم.

Sigmoidoscopy: فحص المستقيم والقولون السيني بواسطة منظار داخلي.

Simulation: الاستشارة الأولية مع أخصائي أورام الأشعة حيث تعيّن المجالات الدقيقة لفحصك الإشعاعي.

Small intestine: عضو أنبوبي بين المعدة والمعى الغليظ. وظيفة المعى الدقيق هي انحلال وامتصاص الطعام الذي نأكله.

Sphincter (anal sphincter): عضلة دائرية حول الشرج تسمح لنا بالحفاظ على الفضلات بالداخل.

Sphincter-saving surgery: جراحة إزالة سرطان المستقيم القادرة على إنقاذ عضلات المصرة وهكذا تتفادى تفميماً قولونياً دائماً.

Sporadic mutation: خطأ جيني يحدث عشوائياً وليس عيباً وراثياً.

Squamous cell carcinoma (SCC): سرطان ناشئ من بطانة القناة الشرجية.

Stage: توصيف لمدى نمو الورم وانتشاره.

Stoma: مصرة من الأمعاء تخرج جراحياً إلى الخارج من خلال الجدار البطني.

Stricture: تضيّق التجويف المعوي بسبب ندوب، التهاب، أو ورم.

Stromal tumor: ورم نادر يبدأ بالطبقات العضلية للقولون.

Submucosa: الطبقة من الجدار المعوي بين البطانة الغدية (الطبقة المخاطية) والطبقة العضلية.

Sulindac: مثال على دواء لا - شحماني مضاد للالتهاب الذي يمكن أن يساعد على منع تكوّن السليلات القولونية.

Therapeutic ratio: الجرعة المطلوبة لمعالجة السرطان مقسومة على جرعة التحمل للأعضاء المجاورة.

Total mesorectal excision (TME): الإزالة الجراحية لمعظم المستقيم والمساريقا المحيطة.

Transanal exision (TAE): تقنية مبقية على المصرة لإزالة الأورام الصغيرة للمستقيم السفلي. خلال الجراحة عبر - الشرجية، يتم تفادي الشق البطني، ويزال الورم من خلال الشرج.

Transcription: تحويل DNA لرسوله RNA.

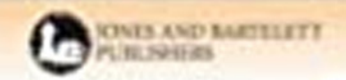
Tumor: نمو غير طبيعي لنسيج.

Turcot's syndrome: متفرع من متلازمة السليلات الورم الغدي الأسري وهو مترابط مع أورام الدماغ.

Ulcerative colitis: داء التهابي يؤثر في الطبقة المخاطية للأمعاء الغليظة. الأفراد المصابون بالتهاب القولون القرحي عندهم مخاطر أكبر لتطوير سرطان القولون والمستقيم.

Umbilicus: زر البطن.

Urologist: جرّاح يتخصص في أمراض القناة البولية



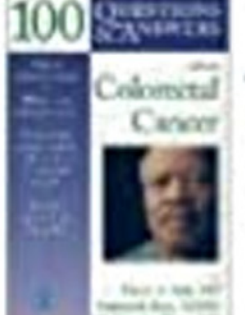


100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمستقيم

د. دافيد س. بوب
سوزانا روز
د. و. دوغلاس ونغ

تزوّد بالقوة!

سواء كنت مريضاً شُخّصاً حديثاً بالسرطان، سليماً، أو صديقاً أو قريباً لأحدهم، فإن هذا الكتاب يقدّم لك المساعدة. «100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمُستقيم» هو الكتاب الوحيد الذي يقدّم وجهات نظر الأطباء والمرضى ويعطيك أجوبة مسؤولة وواقعية لأسئلتك حول خيارات المعالجة، ونوعية الحياة بعد المعالجة، ومصادر الدعم، وأكثر بكثير. هذا الكتاب هو مرجع لا يقدّر بثمن لأي شخص يتعامل مع الاضطرابات العضوية والعاطفية لهذا المرض المرعب.



«كان اهتمامي الأول بعد قراءة «100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمُستقيم» هو، لماذا استغرق الأمر كل هذا الوقت ليكون لدينا كتاب للمرضى وعائلاتهم يروي كل شيء عن أورام القولون والمستقيم بتصميم مرتب وسهل الاستخدام؟ لقد قام المؤلفون بذلك بالضبط في مؤلَّفٍ رائع يقدم المعرفة اللازمة للتعامل مع هذه السرطانات وعلاجاتها. لقد طال انتظاره، وهو ذو فائدة كبيرة، وكان عملاً جيداً! تهانينا لبوب، روز، وونغ على هذا العمل الجيد الذي قاموا به».

– د. جيمي س. هولند
رئيس الأطباء، قسم طب النفس والعلوم السلوكية
مركز سلون – كيترنغ التذكاري للسرطان

«100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمُستقيم» هو كتاب عظيم للأشخاص المصابين بسرطان القولون والمُستقيم، كما بالنسبة للذين يتعهدونهم. إنه يساعد كثيراً على معرفة ما ينبغي توقّعه من الفحوص، المعالجات، التأثيرات الجانبية، والجراحة- هذا الكتاب يشرح كل ذلك وأسئلة أخرى بتعابير يسهل فهمها».

– باتي لانيغ، ناجية من سرطان القولون والمُستقيم



asp@asp.com.lb



